

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 253

Travail de la Clinique obstétricale de l'Université de Lyon

UN CAS DE RUPTURE SPONTANÉE DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 23 juin 1920

PAR

Léon ÉMERY

INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON
ET DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Né le 14 mai 1891 à Sainte-Foy-lès-Lyon (Rhône)



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

33-35, RUE RACHAIS, 33-35

1920

UN CAS DE RUPTURE SPONTANÉE
DE L'UTÉRUS
PENDANT LA GROSSESSE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1919-1920. — N° 253

Travail de la Clinique obstétricale de l'Université de Lyon

UN CAS DE RUPTURE SPONTANÉE DE L'UTÉRUS PENDANT LA GROSSESSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 23 juin 1920

PAR

Léon ÉMERY

INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON
ET DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Né le 14 mai 1891 à Sainte-Foy-lès-Lyon (Rhône)



LYON

IMPRIMERIES RÉUNIES

33-35, RUE RACHAIS, 33-35

—
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
LÉPINE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.).

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	}	BARD.
Clinique ophtalmologique		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	}	BERARD.
Clinique des maladies nerveuses et mentales.		FABRE.
Clinique des maladies des enfants	}	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie	}	LEPINE (J.).
Chimie biologique.		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.	}	POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	}	HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie	}	MOREAU.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne.	}	LATARJET.
Pathologie et Thérapeutique générales.		POLICARD.
Anatomie pathologique	}	DOYON.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.	}	MOURIQUAND.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.	}	X...
Thérapeutique.		ARLOING (F.).
Pharmacologie.	}	ETIENNE MARTIN.
		COURMONT (P.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL.	agrégé
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND.	—
Accouchements	COMMANDEUR.	—
Embryologie.	X...	—
Anatomie topographique.	PATEL.	—
Botanique.	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale.	VILLARD.	—
Clinique infantile	X...	—
Déontologie et médecine professionnelle.	X...	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	LERICHE.	SAVY.	BONNAMOUR, chargé
COMMANDEUR.	THEVENOT (Leon).	FROMENT.	des fonctions
NEVEU-LEMAIRE.	TAVERNIER.	THÉVENOT (Luc.).	SARVONAT —
LAROYENNE.	CADE.	PIERY.	FAVRE —
VORON.	GUILLEMARD.	COTTE.	GRAVIER —
NOGIER.	GARIN.	DUROUX.	ROUBIER —
BRETIN.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FABRE, Président; CONDAMIN, Assesseur;
MM. COMMANDEUR, VORON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A mon Maître et Président de thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

Je lui suis profondément reconnaissant de la sympathie qu'il a bien voulu me témoigner au cours du semestre d'internat que j'ai passé dans sa clinique. Il me fait l'honneur d'être mon juge, je suis heureux de pouvoir lui exprimer ma reconnaissance et l'assurer de mon respectueux attachement.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Externat

MM. BÉRARD, GAYET, PLAUCHU,
NICOLAS, DURAND

Internat provisoire

MM. ALBERTIN, DURAND

Internat

MM. BÉRARD, FABRE, DUMAS

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
INTRODUCTION.....	11

CHAPITRE PREMIER

Observation inédite

Antécédents de la malade et histoire de l'affection.....	13
Examen à l'entrée dans le service.....	15
Intervention.....	16
Examen de la pièce.....	18
Figures de la pièce.....	hors text ^e
Examen histologique de la pièce.....	21

CHAPITRE DEUXIÈME

OBSERVATIONS.....	25
-------------------	----

Observations trouvées dans la Littérature :

PREMIER GROUPE (Ruptures dans les cas de malformation de la matrice).....	26
DEUXIÈME GROUPE (Ruptures dans les cas d'altération des parois de l'organe).....	32
TROISIÈME GROUPE (Ruptures attribuées à un curetage ou à une délivrance antérieurs).....	39
QUATRIÈME GROUPE (Cas où la cause de la rupture utérine n'a pu être trouvée).....	48

CHAPITRE TROISIÈME

Etude d'ensemble des caractères cliniques des observations précédentes

	PAGES
I. Rareté de l'affection	59
II. Age de la malade	60
III. Influence du degré de parité.....	60
IV. Age de la grossesse	61
V. Conditions dans lesquelles s'est produite la rupture...	61
VI. Lésions macroscopiques constatées	66
Lésions microscopiques constatées.....	66
VII. Symptomatologie	74
VIII. Diagnostic.....	77
IX. Conduite tenue	80
X. Pronostic	84
CONCLUSIONS	87
BIBLIOGRAPHIE	91

INTRODUCTION

Sous le terme de « Ruptures spontanées de l'utérus pendant la grossesse », nous comprenons *celles qui surviennent en dehors de toutes les violences extérieures, de toute intervention obstétricale, de quelque nature qu'elle soit, manœuvres ou administration intempestive de substances destinées à provoquer l'expulsion du fœtus* (1).

Ainsi entendues, elles sont une rareté. En 1856, sur une statistique englobant 303 cas de ruptures utérines, TRASK n'en a relevé que 14 spontanées pendant la grossesse.

En 1882, COUTAGNE, médecin lyonnais, publie dans le *Lyon Médical* une série de 29 cas ; de ceux-ci, nous n'en retiendrons que 15 qui correspondent à notre définition. La littérature médicale nous en fournit quelques rares observations.

A la clinique obstétricale de Lyon, depuis le 1^{er} janvier 1904 — c'est-à-dire depuis le moment où elle est sous la direction du professeur Fabre — sur un total de 18.000 accouchements, nous n'avons pu en découvrir un seul exemple. A la Maternité de la Charité, pendant la même période et sur un nombre d'accouchements sen-

(1) JOLLY. — Thèse de Paris, 1873.

siblement pareil, il s'est produit une rupture spontanée au septième mois, que le D^r Trillat (remplaçant le D^r Commandeur) nous a autorisé à publier.

Dans ce travail, nous exposerons au chapitre I^{er} notre observation, jusqu'alors inédite. Nous citerons dans le chapitre II les observations analogues trouvées dans la littérature. L'étude clinique de tous ces cas fera l'objet du chapitre III. Enfin, nous formulerons nos conclusions.

Mais, avant d'aborder notre sujet, il nous est un devoir bien doux à remplir : celui de remercier le professeur agrégé Trillat, accoucheur des hôpitaux de Lyon, qui nous a fourni si aimablement le sujet de notre thèse. Les D^{rs} Bouget et Noël ont bien voulu se charger des examens microscopiques, nous leur adressons nos vifs remerciements. Que le D^r Rhenter soit assuré de notre entière gratitude pour les conseils éclairés qu'il nous a donnés chaque jour au cours de notre semestre d'internat à la clinique.

CHAPITRE PREMIER

Observation inédite

B. A., femme P..., 32 ans. VI pare.

La malade est envoyée d'urgence à la Maternité de la Charité, le 15 novembre 1912, à 13 heures, par un médecin de la ville, avec le diagnostic de « shock abdominal, grossesse de sept mois, état grave ».

Il n'y a rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Elle a toujours joui d'une bonne santé. Elle est bien réglée.

Antécédents obstétricaux. — Deux accouchements normaux, le premier en 1903, d'un garçon actuellement bien portant ; le second en 1905, d'une fille également vivante et soignée pour un mal de Pott. Après ces deux grossesses, elle eut trois fausses-couches successives : la première de quatre mois, sans incidents, elle dit l'avoir provoquée elle-même ; la deuxième en 1910, a nécessité son transfert à la 1^{re} infirmerie de la Charité. Nous avons pu retrouver son observation et voici ce qu'on a noté : « Fausse couche de quatre mois et demi. Rétention placentaire. Ecouvillonnage. Mèche ». Elle eut de la fièvre les deux premiers jours ; le troisième, la température tomba à la suite de l'ablation de la mèche. Mais elle doit rester un mois dans le service pour de l'anémie très marquée ; elle en sort très améliorée.

En 1911, elle revint à la 1^{re} infirmerie pour une nouvelle grossesse avec douleurs violentes. Nous trouvons noté dans son observation : « Utérus gravide de deux mois, dévié à droite ; dans le cul-de-sac postéro-latéral gauche, masse du volume d'une noix manifestement liquide. Le doigt pénètre entre la masse principale, c'est-à-dire l'utérus, et la masse

secondaire, dans un sillon dont le fond est douloureux à la pression. Il semble bien qu'on ait à faire à un hydrosalpynx. » Après quelques jours de traitement, elle quitte le service. Deux mois après, expulsion du fœtus, rétention placentaire. Un médecin de la ville essaye un curetage. La température reste élevée et les hémorragies persistent. On transporte la malade dans un hôpital privé suburbain ; elle y est endormie et curetée à nouveau. Elle doit rester un mois et demi à cet hôpital et présente pendant son séjour une fièvre élevée qui céda au repos et à la glace.

Le 15 novembre 1912, la malade est de nouveau transportée à la 1^{re} infirmerie. Le début de cette grossesse s'est passé normalement. Les dernières règles sont du 1^{er} au 4 avril, l'accouchement probable est donc pour le 8 janvier. Les premiers mouvements actifs du fœtus ont été perçus vers le quatrième mois.

Le 14 novembre, à 16 heures et demie, alors que la malade se livrait, assise, au travail peu pénible de couture à la main, et sans que rien n'ait pu faire prévoir l'accident, elle est prise subitement d'une violente douleur dans la partie inférieure de l'abdomen. Elle essaye de se lever, mais la souffrance est si vive qu'elle doit se rasseoir à nouveau et ce n'est qu'à grand'peine qu'elle peut aller jusqu'à son lit et s'y étendre. Elle doit attendre le retour de son mari pour faire prévenir une sage-femme du quartier. A 19 heures, la sage-femme l'examine et demande d'urgence un médecin. Celui-ci ne peut venir immédiatement, et pendant toute la nuit, elle souffrit terriblement dans le ventre et les reins, et eut des vomissements répétés. A aucun moment elle n'eut de syncope ni d'hémorragie externe. Le 15 novembre au matin, le médecin qu'elle avait fait demander, vint la voir. Il la trouve dans un état qu'il juge grave et décide son transfert immédiat à la Charité, avec le diagnostic « Grossesse de sept mois, shock abdominal. Prière de recevoir d'urgence ». La malade est reçue dans le service du docteur Commandeur.

Examen à l'entrée. — La malade est très abattue, mais répond aux questions qu'on lui pose. Le faciès est pâle, les lèvres décolorées et violacées, la peau est froide ; sur toute la surface tégumentaire on remarque des plaques violacées. La malade se plaint d'envies de vomir et a des tendances à la syncope. Le pouls radial n'est pas perçu, le pouls huméral est perceptible, mais très faiblement. Devant la gravité des symptômes on pratique deux injections de caféine, deux d'huile camphrée, une sous-cutanée de 500 cc. de sérum artificiel, des inhalations d'oxygène, et l'on fait prévenir le docteur Trillat, accoucheur de garde.

Examen du docteur Trillat, à 13 h. 1/2. Sous l'influence du traitement énergique décrit plus haut, l'état général est devenu un peu meilleur ; le pouls est un peu remonté, il devient perceptible à la radiale et bat à 124, mais il est très faible et sa tension est nulle. La malade est agitée, un peu angoissée, la teinte cyanotique générale est très accentuée.

L'examen de l'abdomen montre une distension exagérée de la masse intestinale au niveau du côlon transverse qui fait une saillie très marquée vers le fond de l'utérus. La palpation utérine est facile, le fond est repéré à 34 cm. au-dessus des pubis. On délimite parfaitement tout le pourtour de l'utérus, il n'y a pas de zones douloureuses dans la région sus-pubienne. La paroi utérine est de consistance normale, pas de dureté ligneuse. O. I. G. A. tête mobile. On sent, au cours de la palpation, des contractions nettes de l'utérus, contractions indolores non perçues de la malade. Pas de matité dans les flancs. Le toucher montre un col mou, fermé, de longueur normale, col type de grossesse. Légère douleur au niveau du Douglas. A l'auscultation, les bruits du cœur fœtal ne sont pas perçus, mais la malade est agitée, gémit pendant l'exploration et rend la recherche difficile.

Devant l'absence d'hémorragie externe et de dureté ligneuse de l'utérus, on élimine le diagnostic de placenta

prævia et le décollement du placenta. La grossesse extra-utérine est éliminée également. On hésite entre les deux affections suivantes : Rupture de l'utérus et occlusion intestinale. C'est au dernier diagnostic qu'on s'arrête. Une intervention immédiate est décidée et M. Trillat fait demander au docteur Leriche de bien vouloir venir pratiquer la laparotomie.

Intervention (MM. Leriche et Trillat). — A 15 h. 1/2, M. Leriche fait une incision abdominale médiane. A travers l'ouverture de la paroi, on voit s'écouler sous une assez forte tension un liquide hématique, en même temps que se précipitent au dehors le côlon descendant et l'anse sigmoïde fortement dilatés. On agrandit l'incision, on éponge la cavité péritonéale. Après avoir relevé l'utérus, on retire du cul-de-sac de Douglas des caillots noirâtres qui, enlevés, laissent apercevoir une déchirure de la paroi utérine. A ce niveau, des adhérences anciennes réunissent l'anse sigmoïde et le péritoine voisin à la paroi postérieure de l'utérus. On les libère facilement et on remarque que le sang s'est aussi épanché sous le péritoine. Il infiltre les ligaments larges et la racine du mésocôlon de l'anse sigmoïde.

On incise l'utérus sur la ligne médiane, on retire un enfant du sexe masculin de 2.550 grammes, mort depuis peu. Le cordon est normal, on le sectionne. Une grande quantité de sang s'est à nouveau épanchée. On éponge et on procède à une *hystérectomie subtotale*. On assure le drainage par une mèche vaginale. Péritonisation du petit bassin. L'anse sigmoïde est rabattue par dessus. La paroi est fermée à trois plans.

Après l'opération, la malade est transportée dans son lit, réchauffée. Injection de 500 cc. de sérum artificiel. Le poulx, quoique petit, est bien perçu et compté à 120.

Dans la nuit, il se produit une hémorragie assez considérable s'écoulant par la voie vaginale. On fait un tamponnement vaginal. Nouvelle injection de 500 cc. de sérum artificiel. Le 16 novembre, la malade est dans un meilleur

état. Le pouls se remonte, il est toujours un peu rapide à 100, mais il est mieux frappé.

Les jours suivants, la température oscille entre 37° et 38° elle revient à la normale le 20.

Le 22 novembre, on enlève les agrafes. La réunion est faite par première intention. L'état de la malade est excellent. *Le 21 décembre, elle quitte le service, guérie.*

Examen de la Pièce (1)

Cet examen détaillé porte sur une *coupe latérale gauche antéro-postérieure et verticale* (voir fig. 2 et 3) de l'*utérus*, située à 2 centimètres environ de la ligne médiane. A ce niveau, la hauteur totale de l'utérus, du fond à l'orifice interne du col, est de 17 centimètres : les dimensions antéro-postérieures varient de 75 à 90 millimètres.

Le corps utérin, rétréci et rétracté au-dessus et au-dessous de la perforation, mesure dans la zone la plus épaisse au-dessus de la perforation 28 millimètres d'épaisseur et varie au-dessous entre 14 et 22 millimètres. Entre ces deux zones épaissies et au niveau de la rupture elle-même, qui mesure 48 millimètres de hauteur, le muscle s'amincit rapidement. Cet amincissement dans la zone inférieure est si rapide qu'on peut difficilement le saisir, mais dans la partie supérieure à la perforation, sur 45 millimètres de hauteur, l'épaisseur passe régulièrement de 30 millimètres à 0 millimètre.

Le corps de l'organe est normalement aminci dans sa partie supérieure par la distension de l'œuf. Ce qui fait l'intérêt de l'examen de cette pièce est précisément la discussion de la localisation de la rupture que l'on peut faire au niveau du corps ou de l'isthme. En considérant la portion inférieure de la paroi antérieure de l'utérus, nous constatons que l'amincissement normal isthmique

(1) Voir Figure 1.

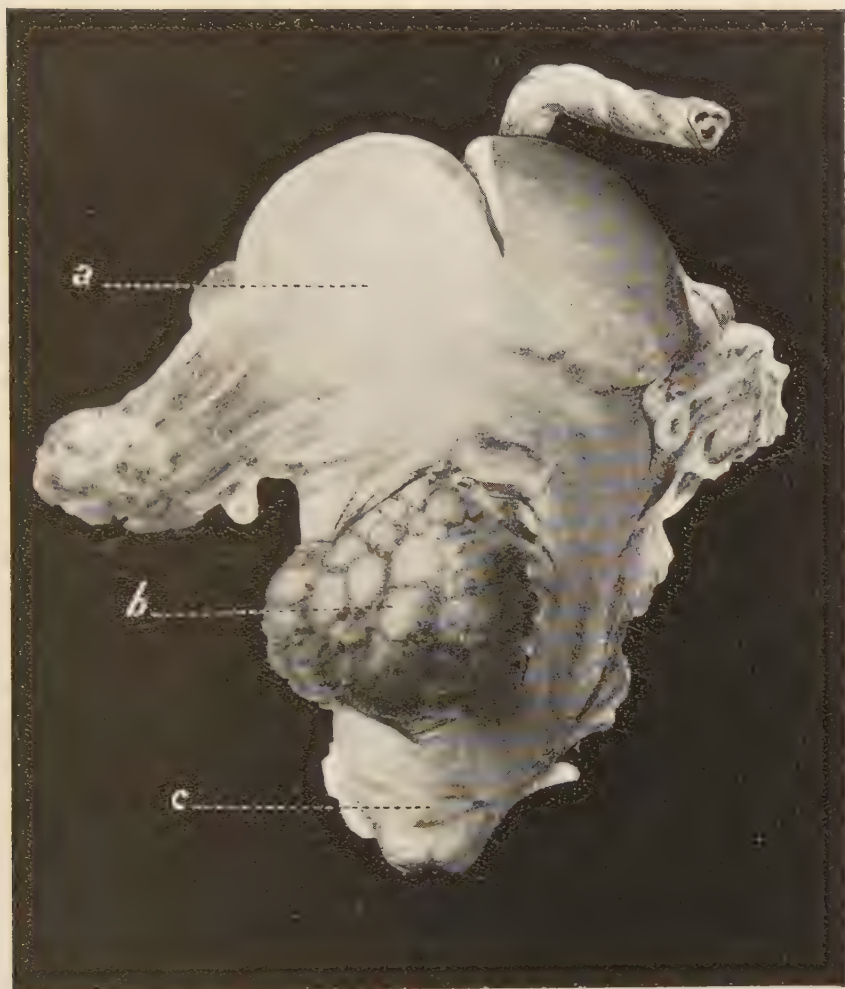


FIG. 1

Rupture spontanée de la face postérieure de l'utérus pendant la grossesse.
Hernie du placenta. — Hystérectomie après césarienne.

- a*) Face postérieure du corps de l'utérus.
- b*) Hernie cotylédonaire à travers la rupture utérine.
- c*) Col de l'utérus.



Fig. 2

Coupe verticale antéro-postérieure passant au centre de la rupture.

- a) Bord supérieur de la déchirure.
- b) Hernie cotylédonaire.
- c) Bord inférieur de la déchirure.
- d) Col de l'utérus.

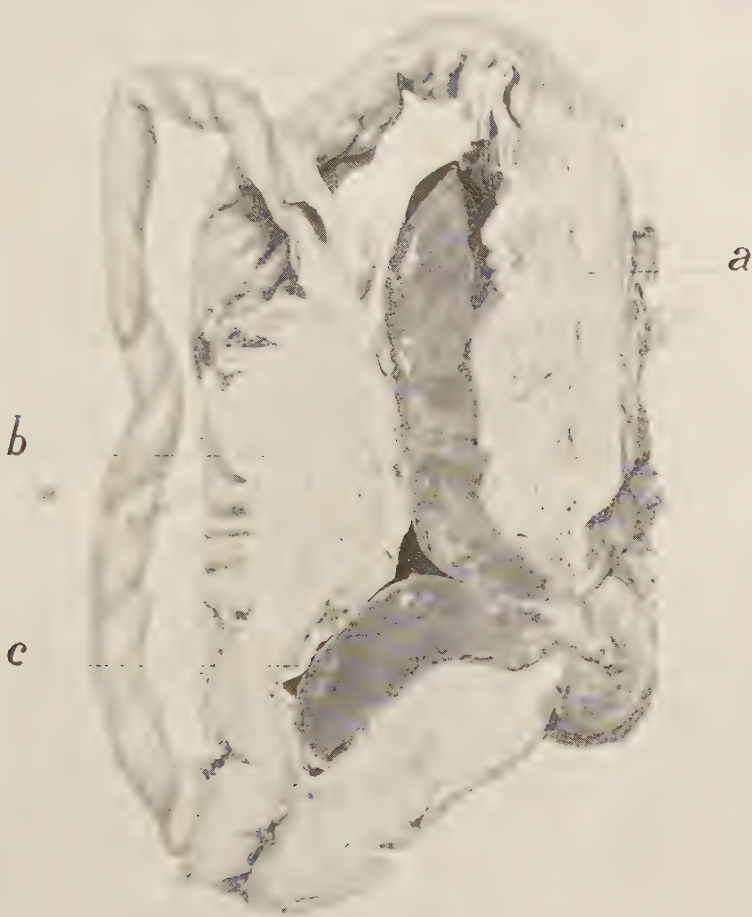


FIG. 3

Coupe verticale antéro-postérieure passant par le bord gauche de la rupture
et par le col utérin.

- a) Muscle utérin.
- b) Muscle utérin.
- c) Placenta.

de cette paroi ne remonte qu'à 28 millimètres au-dessus de l'orifice interne du col. En arrière, le développement isthmique ne prend pas les mêmes caractères, ce qui s'explique facilement du fait de l'insertion basse du placenta, dont le pôle inférieur ne s'éloigne de l'orifice interne du col que de 5 millimètres. Au contraire, comme nous l'avons noté, l'épaisseur du muscle semble augmenter jusqu'au niveau de l'orifice interne, où il mesure encore 15 millimètres. Du fait de cette rétraction et de cet épaissement, on peut admettre que la partie inférieure du corps doit être limitée en arrière à une distance moindre du col qu'en avant. Or, à ce niveau, la rupture s'est faite à 5 centimètres de l'orifice interne : en conséquence, nous sommes en droit d'affirmer que *la rupture est une lésion de la partie inférieure du corps*.

^{2e} En ce qui concerne l'insertion placentaire, il s'agit d'une insertion basse, comme nous l'avons déjà dit ; celle-ci s'est faite, d'autre part, au niveau de la paroi postérieure, c'est-à-dire intéressant la coudure normale située au point de rencontre de l'isthme et du corps, l'utérus étant supposé en antéflexion physiologique. C'est dans cette zone, d'autre part, que l'amincissement et peut-être même la destruction totale du muscle utérin avaient eu le maximum de chances de se produire au cours du curetage antérieur, selon notre avis. Nous reviendrons sur ce point au cours de l'étude pathogénique.

Le placenta, dans la zone de son insertion située au-dessus de la rupture, est normalement adhérent à l'utérus. Par contre, si nous considérons sur la coupe latérale étudiée l'orifice même de la rupture, qui est à ce niveau de 43 millimètres de hauteur, nous constatons

que le cotylédon placentaire hernié à travers cette rupture est, d'autre part, décollé de la muqueuse utérine sur tout son pourtour. Ce décollement est spécialement net sur la partie inférieure de la rupture (voy. fig. 2 c). La rupture est totale et la hernie cotylédonaire libre dans la cavité abdominale. Le péritoine rompu se voit légèrement rétracté sur les bords de la lésion.

En résumé, la lésion siège en arrière et à la portion tout à fait inférieure du corps de l'utérus. Malgré la rétraction du corps à ce niveau et malgré son épaississement consécutif, on note un amincissement progressif très net du muscle aboutissant au bord de la rupture. La hernie cotylédonaire est libre dans le péritoine et son décollement périphérique ouvrait largement le grand lac sanguin, augmentant encore l'intensité de l'hémorragie produite.

Examen histologique (1)

I. — Coupes à la celloidine. Coloration à l'hématéine-éosine et à l'hématéine picroponceau.

Les fragments intéressent le placenta, la muqueuse et le muscle utérins. Les seuls renseignements tirés de ces coupes sont :

a) PLACENTA.

Les villosités sont tassées les unes contre les autres, l'espace intervillitaire est par endroits complètement virtuel ; il n'existe nulle part ni coagulations, ni dépôts fibrineux, ni phénomènes inflammatoires apparents. Le syncytium villositaire ne paraît pas modifié. Dans certaines villosités, les capillaires sont largement béants ; dans d'autres, au contraire, ils sont comme comprimés par le tassement des villosités et leur lumière aplatie est difficilement visible.

b) DÉCIDUE (muqueuse utérine de la zone d'insertion).

On ne trouve pas de modifications apparentes. En un point cependant, à la limite de la muqueuse utérine et du muscle, il y a de petits amas de cellules rondes, surtout au voisinage de la rupture. A ce niveau, les cellules déciduales, par endroits normales, sont irrégulièrement

(1) Dû à l'amabilité de MM. BOUGET et NOËL.

disposées en amas séparés par des espaces clairs, amorphes, où se trouvent disséminés quelques débris picno-lytiques.

c) MUSCLE UTÉRIN.

Il ne paraît pas modifié. Sur une des coupes, cependant, il est spécialement aminci. On est frappé seulement, surtout sur cette dernière coupe, de l'importance un peu anormale du tissu conjonctif interfasciculaire, sans qu'il existe toutefois de modification inflammatoire vraie.

II. — Coupes à la congélation Scharlach-rott.

a) FOND DE L'UTÉRUS.

Ces coupes ont été faites après un séjour de huit ans dans le formol à 10 p. 1.000. Nous pensons que ce séjour prolongé a pu modifier légèrement les résultats obtenus.

L'examen de ces pièces est absolument négatif au point de vue de la recherche des graisses. Il n'existe pas trace de corps gras dans les fibres musculaires.

Nous n'avons pu voir que quelques rares éléments conjonctifs contenant de fines gouttelettes graisseuses. Or, nous savons que la présence de ces graisses dans les cellules conjonctives au cours de la grossesse est normale (Bouget et Noël : *Soc. de Biologie*, 1920, « Du rôle de l'autolyse dans le mécanisme des modifications involutives de la fibre utérine humaine ») (1).

(1) Compte rendu de la Soc. de Biologie, mars 1920.

b) MUSCLE DU FOND DE L'UTÉRUS.

FIXATION AU FORMOL. — PARAFFINE.

HÉMATÉINE. — EOSINE ET HÉMATÉINE PICO-PONCEAU.

Les coupes du muscle à ce niveau sont absolument normales. Il n'existe aucune modification, soit du tissu musculaire, soit du tissu interstitiel.

c) MUSCLE UTÉRIN AU VOISINAGE DE LA RUPTURE

(c'est-à-dire au niveau de l'insertion placentaire).

1° *Congélation. Scharlach-rott.* — Mêmes remarques que ci-dessus. De même que sur le fond de l'utérus on note l'absence absolue de graisse dans la fibre musculaire, là encore quelques rares cellules interstitielles sont bourrées de fines granulations, mais le muscle lui-même en est indemne. Les colorations suivant la méthode de Fischler ont montré qu'il n'existe pas d'acides gras.

2° *Formol. Paraffine. Hématéine-éosine et hématéine picro-ponceau.* — On ne note nulle part de lésions d'anomalie, soit de la fibre utérine elle-même, soit du tissu interstitiel. Ce dernier, cependant, semble un peu plus abondant que normalement et les cellules conjonctives interfasciculaires et périvasculaires paraissent un peu plus volumineuses et un peu plus nombreuses que de coutume.

En résumé, on peut dire qu'il n'existe aucune espèce de modification de la fibre utérine, soit au niveau du fond de l'organe, soit au niveau de la partie amincie au voisinage de la rupture.

Il n'existe pas non plus de graisses dans la fibre utérine elle-même. On pourrait nous opposer que, quoique celles-ci ne se dissolvent jamais dans le formol, le séjour très prolongé de ces pièces dans le fixateur ait pu modifier ce dernier résultat. Mais, s'il en était ainsi, nous ne retrouverions pas plus de trace de ces graisses dans les cellules conjonctives que dans la fibre ; or, comme il n'en est rien, nous croyons pouvoir affirmer qu'il n'existait pas de graisses dans la fibre utérine.

En somme, l'examen de ces coupes est entièrement négatif au point de vue des lésions de la fibre elle-même. Nous ne retiendrons de cet examen que, d'une part, le *tassement villositaire au niveau de la perforation*, tassement qui s'explique par le fait qu'au cours des accidents le lac sanguin s'était totalement vidé à l'intérieur du péritoine et, d'autre part, un *certain degré d'endométrite déciduale* au niveau de l'insertion placentaire au voisinage de la rupture.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

A notre grand regret nous n'avons pu nous procurer l'article de TRASK (*American Journal of Medical Sciences*, 1848 et 1856). Nous nous contenterons donc de mentionner ses quatorze observations de rupture spontanée de l'utérus pendant la grossesse.

On trouvera réunis en quatre groupes les cas publiés par les différents auteurs.

Le premier groupe comprend les observations (de I à VIII) où la cause de la rupture doit être attribuée à une malformation de la matrice ;

Le deuxième groupe celles où l'on doit invoquer une altération des parois utérines consécutives, soit à la présence de tumeurs (fibrome, môle hydatiforme), soit à une infection, soit à une rupture antérieure (obs. IX à XVIII).

Le troisième groupe se compose de cas où nous attribuons la rupture à un curetage ou à une délivrance artificielle antérieurs (obs. XIX à XXV).

Enfin, nous avons collationné dans *le quatrième groupe* les faits de rupture dont nous n'avons pu préciser le motif (obs. XXVI à XXXVII).

Nous arrivons ainsi à un total de trente-huit observations, la nôtre y comprise. Si nous ajoutons les quatorze de Trask, nous avons *cinquante-deux cas* de rupture spontanée de l'utérus pendant la grossesse.

Observations trouvées dans la Littérature.

a) PREMIER GROUPE D'OBSERVATIONS

Ruptures dans le cas de malformation de la matrice.

OBSERVATION I

Benoît VASSAL. (citée dans la thèse d'agrégation de LEFORT, 1860).
Obs. I *in* COUTAGNE.

« Le 6 janvier 1669, M. Benoît Vassal, chirurgien, fit
« l'autopsie d'une femme de 32 ans, d'une constitution
« sanguine et d'un port masculin. Les deux matrices, par
« une singulière bizarrerie de la nature, étaient si bien
« disposées que la véritable avait conçu 11 enfants, 7 gar-
« çons et 4 filles, tous nés au terme voulu et parfaitement
« bien conformés, mais ils furent à la fin suivis d'un frère
« encore à l'état de fœtus, qui fut conçu dans l'utérus
« adjoint. Le lieu était si peu capable de distension que,
« cherchant sa place, après avoir amené chez la femme
« pendant deux mois et demi des symptômes graves, il
« finit, à l'âge de trois à quatre mois, par rompre sa pri-
« son, mais ce fut pour trouver sa tombe dans celle de sa
« mère : un grand épanchement sanguin se fit dans l'ab-
« domen qui causa à la mère de si violentes convulsions
« qu'elle mourut en trois jours. »

OBSERVATION II

DIONIS. (*Anatomie de l'Homme*, p. 395 et suiv., 1698.) — Obs II
in COUTAGNE.

Dionis raconte l'histoire d'une des femmes de chambre
de la dauphine, âgée de 20 ans, II-pare, enceinte de six
mois, La malade éprouva à cette époque de fortes douleurs

qui durèrent trois ou quatre heures ; depuis lors, elle ne sentit plus remuer son enfant. Douze jours après, vers 8 heures du soir, elle ressentit des douleurs non moins vives que les précédentes, accompagnées de vomissements. Il survint dans la nuit des convulsions, des sueurs froides, du gonflement de l'abdomen, des syncopes et la mort s'en suivit. La reine et la dauphine ordonnèrent à Dionis de faire l'autopsie. Ce chirurgien trouva le fœtus nageant au milieu des intestins dans une grande quantité de sang. Le cordon était intact, le placenta adhérait encore à l'utérus. Celui-ci avait deux « fonds », c'est-à-dire qu'il était divisé à sa partie supérieure en deux corps qui avaient une ouverture commune dans le vagin. Chaque corps avait une trompe et un ovaire ; la partie gauche qui contenait le fœtus était déchirée ; la droite « renfermait le produit d'une nouvelle conception qui avait le volume d'un petit œuf ».

OBSERVATION III

CANESTRINI. (*Historia de Utero dupliet*, 1788.) — Obs. III in COUTAGNE.

Une femme hongroise, III-pare mourut subitement au quatrième mois de la grossesse, après avoir éprouvé une douleur déchirante dans le bas-ventre.

A l'autopsie, épanchement de 3 litres de sang dans l'abdomen, plus un fœtus enveloppé de ses membranes non rompues, libre dans la cavité abdominale. Un utérus supplémentaire qui l'avait contenu s'était rompu à sa base, et la rupture avait un pouce et demi de diamètre. Il s'implantait, par un pédicule long de trois travers de doigt, sur le côté droit du col, et à un pouce au-dessus de l'orifice externe du véritable utérus. En cet endroit, un conduit admettant une soie de sanglier faisait communiquer cet utérus avec l'utérus proprement dit ; un autre conduit s'ouvrait dans l'endroit où le vagin embrasse l'utérus.

OBSERVATION IV

Paul DUBOIS. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1854, p. 201.) — « Rupture d'un utérus bifide au 8^e mois de la grossesse. Mort. (Observation très imprécise.) — Obs. IV in COUTAGNE. »

OBSERVATION V

HELLENDALL. (*Arch. f. Gyn.*, Bd LXXV, Hft 3, p. 686.) — (In *Annales de Gynécologie*, 1906.) — « De la rupture spontanée de la matrice dans un diverticule de l'utérus gravide et atteint d'infection septique. »

X..., 42 ans, XI-pare, admise à la « Universitäts-Frauenklinik de Tübingen », le 10 décembre 1903. Dernier accouchement en décembre 1902. Dernières règles mi-août 1903. Depuis mi-octobre, hémorragies irrégulières et douleurs dans la région hypogastrique droite. Volume de l'utérus comme à quatre mois de grossesse. Portion vaginale du col de l'utérus molle et relâchée. Jusqu'au 16 décembre, température normale ; bon état de santé. Le 16 décembre, à 9 heures du matin, perte de connaissance. L'après-midi, vers 3 heures, frisson. Température 38°8 ; douleurs persistantes dans le ventre. Vers 8 heures du soir, météorisme abdominal et sensibilité abdominale diffuse à la pression. Pâleur, respiration accélérée. Pouls petit, fréquent. Pendant la nuit, vomissements. Vers 4 heures du matin, expulsion d'un fœtus vivant long de 24 centimètres. La délivrance ne se faisant pas et l'expression « à la Crédé » ayant échoué, on va à la recherche du placenta. La main, dirigée vers le fond de l'utérus, rencontre à droite, un relief accusé auquel fait suite une loge à paroi très mince, dans laquelle est le placenta déjà entièrement décollé. Le délivre est extrait. Outre cette loge remarquable par la minceur de la paroi, il fut constaté, au niveau du fond de l'utérus, une perforation admettant aisément deux doigts.

Diagnostic « Rupture spontanée de l'utérus pendant la grossesse ». Hystérectomie vaginale totale. — Au cours de l'opération, les intestins apparaissent recouverts de flocons de pus. Lavage de la cavité abdominale ; deux contre-ouvertures ; tamponnement du Douglas avec la gaze iodoformée. Mort quatre heures après l'intervention.

Examen de l'utérus. — Il a la grosseur d'un utérus gravide de cinq mois. Au fond de l'utérus existe une déchirure de la dimension d'une paume de main, à bords déchiquetés. Toute la paroi fondale, mince comme du papier, coiffe à la façon d'un sac le reste de l'organe, à musculieuse au contraire épaisse. Le sac demi-sphérique apparaît séparé de la portion sous-jacente par une saillie accentuée jaunâtre. La face antérieure de l'utérus incisée, on constate qu'à cette saillie externe correspond le relief interne perçu au cours de la délivrance, relief qui siège à peu près à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de la matrice. L'épaisseur du sac est à droite de 1 millimètre, à gauche de 2. L'épaisseur du col est de 2 cent. ; celle du corps de l'utérus, au niveau de l'orifice interne, 3 cent. ; au niveau de la zone moyenne de l'utérus, à droite 4 cent. ; à gauche 3 cent. ; au niveau de la saillie jaune, à droite, 2 cent. ; à gauche, 1 cent. 5.

En résumé : Utérus surmonté d'une sorte de prolongement sacculaire, à paroi extrêmement mince, siège, dans sa paroi fondale, d'une perforation des dimensions d'une pièce de 5 marks, et communiquant avec la cavité générale de la matrice par une ouverture ayant la dimension d'une paume de main, sorte de détroit limité par un relief circulaire correspondant à un relief externe.

Origine du sac fœtal. — Il n'y a pas eu déchirure violente. De violence, il n'aurait pu s'en produire qu'au moment de la délivrance ; or, le placenta s'était spontanément et entièrement décollé ; de plus, les signes de rupture ont précédé la délivrance. L'examen histologique fait

écarter la possibilité de l'éclatement d'une grossesse tubaire.

L'auteur admet l'existence d'un diverticule utérin dans lequel l'œuf se serait fixé et développé.

OBSERVATIONS VI et VII

Il faut rapprocher de cette observation de « Hellendall » le cas de « Schickele » et celui de « Freund ». La malade de Freund fut opérée et guérit. Dans ces trois cas, on note la même situation respective du sac de l'utérus; la présence démontrée microscopiquement de musculature lisse dans la paroi du sac et l'inutilisation totale des angles tubaires à la formation du sac.

OBSERVATION VIII

Léopold MEYER. — Copenhague. (*Arch. mens. d'Obst. et de Gyn.*, août 1915.) — Résumé.

Mlle Z..., 33 ans, entra à la maternité le 11 décembre 1914. Un accouchement naturel en 1905, mais l'enfant était mort-né. Bonne santé habituelle. La grossesse actuelle, qui date du mois de mai, s'est passée sans accidents. Pendant la matinée du 11 décembre, elle est allée, comme tous les jours, à la garde-robe. Elle nie avoir fait des efforts; mais brusquement elle sentit des douleurs abdominales atroces et crut qu'elle allait s'évanouir. On envoie la malade à la maternité à 2 heures de l'après-midi. A l'entrée : pâle, épuisée, gémissante. Température 36°5. Pouls 80, très faible, régulier. Le ventre, tendu, très douloureux, surtout à droite. Utérus à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic; on ne sent pas de parties fœtales, mais les bruits fœtaux sont entendus à droite. Urines : très peu d'albumine, cylindres, des bactéries. Pas d'hémorragie, pas de contractions utérines. Morphine, compresses chaudes sur

le ventre. Même état jusqu'à minuit. Alors le pouls devint plus fréquent, la température monta à 37°5, le météorisme augmenta, le ventre devint plus douloureux ; certain degré de défense musculaire. Pas de gaz.

Le diagnostic oscilla entre péritonite par perforation (appendicite) et iléus siégeant en bas ; un peu après minuit, l'intervention est décidée.

Laparotomie : grands caillots plats coiffant le fond de la matrice comme un bonnet, beaucoup de sang liquide et coagulé dans le Douglas. Dans le fond de l'utérus, un peu à gauche de la ligne médiane, Meyer sentit un trou circulaire dans lequel il put introduire son index. Il l'agrandit facilement avec le doigt et extrait le fœtus qui était en siège. Hystérectomie subtotale (laissant les ovaires). On était frappé du faible développement des ligaments ronds et des vaisseaux utérins. Suites opératoires simples. La malade partit chez elle, guérie, le 28^e jour après l'intervention. Urines normales, le bassin était spacieux. L'enfant, une fille, respire une fois, mais meurt aussitôt. Poids : 1.300 grammes ; fut jugée née huit à dix semaines avant terme.

L'auteur ne put, dans la rupture à travers laquelle il avait extrait le fœtus, retrouver la perforation originale, et l'examen microscopique des bords de la rupture ne révéla pas d'altérations histologiques caractéristiques.

Nota : On devait, dans ce cas, penser à une perforation de la matrice, par exemple par des tentatives d'avortement criminel. La malade — qui donnait l'impression d'une personne très véridique et qui savait qu'elle ne courait aucun risque en avouant — niait absolument toute espèce de manœuvre.

Meyer se demande s'il ne faut pas rapporter la rupture à l'état faible des ligaments ronds et des vaisseaux utérins déjà mentionné, qui pourrait indiquer une malformation congénitale (infantilisme).

b) DEUXIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS

Rupture utérine dans les cas d'altération des parois de l'organe (tumeurs, infection, rupture antérieure).

OBSERVATION IX

MARTIN jeune, de Lyon. (*Mémoires de Médecine et de Chirurgie pratiques*, p. 280 et suiv., 1835.) — Obs. IX in COUTAGNE.

Résumé. — En décembre 1808, le docteur Barry fut appelé chez Mme Goujon, enceinte de cinq mois, qui souffrait d'une douleur violente au bas-ventre. Au toucher, il constata une tumeur dure située sur la paroi latérale gauche de l'utérus. D'après les renseignements obtenus, cette tumeur était antérieure à la grossesse, mais n'était douloureuse que depuis le début de celle-ci. Jusqu'au troisième mois, la malade avait éprouvé des vomissements, des coliques et une métrorrhagie. Ces accidents se calmèrent au quatrième mois. Au cinquième mois, perception des mouvements actifs du fœtus, douleurs abdominales qui la forcent à consulter son médecin. Le 2 janvier 1809, écoulement par le vagin d'une grande quantité de sérosité; il dura près d'un mois. Puis le liquide devint brunâtre et comme mélangé de méconium. Quelques jours après (donc en février), la malade ressentit tout à coup, dans le ventre, un craquement que son mari et sa mère assurèrent avoir entendu. L'écoulement devint ensuite purulent, fétide; apparition de douleurs, d'une fièvre hectique. Mort de la malade au début d'avril. Col utérin alors très dur à l'autopsie. A l'ouverture de l'abdomen, issue d'une grande quantité de sérosité roussâtre d'une odeur infecte. L'utérus élevé jusqu'à l'épigastre adhérait aux parois abdominales, surtout à gauche et en bas. En haut et à droite, il présentait une déchirure de la grandeur « d'une pièce de 30 sous » dont le pourtour était gangrené. Inférieurement, une

partie du corps utérin et toute la longueur du col offraient une « énorme tumeur squirrheuse » qui en oblitérait l'orifice.

Dans la cavité utérine, se trouvait un fœtus de volume correspondant à l'âge de la grossesse, macéré.

OBSERVATION X

Henry COOPER. (*British Medical Journal*, 29 octobre 1858.) — Obs. X
in COUTAGNE.

Résumée. Femme de 30 ans mariée depuis deux ans, fait une fausse couche huit ou neuf mois avant sa mort. Elle crut être redevenue enceinte tout de suite après sa fausse couche, mais a pourtant ses règles encore une fois avant sa dernière maladie. Pendant cette période, douleurs continues dans les reins et sensations anormales de défaillance²², malgré cela, bon état général.

Fin juillet 1858, se fatigue beaucoup, danse pendant presque toute une soirée. Deux jours après, elle sent en se levant une douleur brusque dans le bas-ventre et tombe en syncope. Son médecin la trouve dans le collapsus, la peau froide, vomissant et se plaignant de douleurs très vives dans le bas-ventre ; légère métrorrhagie. Le lendemain, aggravation de cet état avec gonflement abdominal ; continuation des vomissements ; prostration croissante. Mort le jour suivant.

Autopsie. — Grande quantité de sérum sanguin dans l'abdomen. Cavité pelvienne occupée par de gros caillots. L'utérus est déchiré à l'angle gauche de son fond, et un fœtus de trois mois, ayant son placenta en partie détaché fait saillie par cette ouverture. La paroi du fond de l'utérus était elle-même si mince qu'on pouvait voir au travers la portion de placenta qui restait dans la cavité. Le tissu propre de cette partie de l'utérus était converti en une masse friable, semblable à du fromage ou à du lait caillé (*cheesy or curdy*). Sur la partie du fond indiquée plus haut, cette

altération s'était continuée jusqu'à ce qu'il ne restât que le « revêtement membraneux », et même en un point, cette « membrane » était déchirée. Col sain et fermé.

Organes abdominaux normaux. Poumons non examinés.

Nota : Cooper a intitulé son observation « Cas de rupture utérine par dégénérescence tuberculeuse du fond de l'organe ».

Avec Coutagne, nous élèverons des doutes sur la nature tuberculeuse d'une affection qui n'a donné lieu à aucun symptôme pendant la vie. En outre, les lésions nécropsiques sont limitées à un point particulier de l'utérus, et il n'y a pas de trace de généralisation, soit du côté des ovaires et des trompes, soit du côté du péritoine. Il est préférable de supposer qu'il s'agit d'une tumeur fibreuse ramollie ou suppurée.

OBSERVATION XI

A.-H. SMITH, (*The American Journal of Obstetrics*, vol. IV, 1871-1872.)
— Obs. XXVI in COUTAGNE.

Le docteur Smith a présenté dans sa séance du 4 mai 1871, à la Société obstétricale de Philadelphie, un exemple de rupture de l'utérus gravide au septième mois de la grossesse, par inflammation gangréneuse de son tissu. La malade, âgée de 27 ans, était mariée depuis l'âge de 18 ans, et le docteur Smith l'avait accouchée au forceps, huit ans avant, d'un enfant vivant. Elle n'avait pas conçu depuis, et parvenue à peu près à six mois et demi, étant en bonne santé, fut prise soudain d'une douleur violente à la région ombilicale, mais sans défaillance. Le docteur Smith étant absent de la ville en ce moment, elle fut soignée par un autre médecin. Le docteur Smith, de retour peu de jours après, la trouva très abattue par une douleur intense ; elle avait cessé de sentir les mouvements de l'enfant depuis le début de la maladie. Le col utérin était épais, dur, non entr'ouvert ; il ne se modifiait pas sous l'influence des dou-

leurs. On calma ses souffrances, et elle fut soumise aux toniques et aux stimulants. Pendant quelques jours, elle sembla aller mieux, mais bientôt elle tomba dans un état de septicémie. A ce moment, on jugea utile de provoquer le travail, mais la prostration qui augmentait rapidement empêcha de le faire, et elle mourut sans être délivrée deux jours après.

A l'autopsie, on trouva l'utérus dans un état gangréneux, sa paroi antérieure rompue vers le fond, et le fœtus et le placenta, dans un état avancé de décomposition, libres dans le péritoine ; leur présence avait provoqué un certain degré d'inflammation de cette membrane.

OBSERVATION XII

RALPH WALDO, (*Amer.-Journ. of Obstetrics*, sept. 1910.) in *Semaine Médicale*, 22 février 1911. — « Rupture spontanée de l'utérus consécutive à une môle hydaliforme ».

Une femme de 22 ans venait de faire une fausse couche de quatre mois. Les deux mois suivants les règles reparurent, mais au troisième mois elles disparurent de nouveau. L'aménorrhée existait depuis huit semaines quand la patiente se mit à perdre un peu de sang ; elle n'éprouvait pourtant pas de douleurs. Un médecin qui l'examina à ce moment trouva l'utérus hypertrophié et le col fermé. Soupçonnant néanmoins l'existence d'une môle, il pria sa patiente d'examiner attentivement la nature de ses pertes ; toutefois, rien d'anormal n'y fut découvert. Deux mois plus tard, cette jeune femme était occupée à sa toilette matinale, quand elle fut prise subitement d'une douleur abdominale violente qui la fit s'évanouir. M. Waldo l'examina deux heures après cet accident ; elle était plongée dans le collapsus avec face pâle, une respiration superficielle, des douleurs abdominales violentes et un pouls extrêmement faible, à 150.

Le fond de l'utérus remontait aussi haut que l'ombilic. Par le toucher, on sentait une tuméfaction douloureuse en arrière de l'utérus. L'abdomen était légèrement ballonné, surtout en bas. Au cathétérisme, urines rares et albumineuses. On pensa qu'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine rompue. Au bout de trois jours, durant lesquels on était parvenu à relever l'état général, on fit une laparotomie. Le ventre contenait beaucoup de sang liquide et quelques caillots. Les ovaires, bourrés de gros kystes, étaient très augmentés de volume. L'utérus semblait aussi gros que celui d'une femme enceinte de six mois. Sur la paroi antérieure, un peu à gauche de la ligne médiane, et à 3 cm. 5 au-dessous du fond, était une perforation irrégulière d'un peu moins 2 cm. de longueur et de 6 mm. de largeur. Une frange épiploïque adhérente l'obturait; entre ses lèvres faisaient déjà hernie des vésicules hydatiformes. On pratiqua une castration totale et la guérison survint sans complications.

L'utérus était deux fois plus gros qu'il n'aurait dû l'être. Il était rempli par une môle pleine. La paroi utérine se trouvait par places très amincie, par suite de l'infiltration des franges chorio-placentaires dans son épaisseur; l'amincissement atteignait son maximum au niveau de la perforation. Un examen microscopique ne montra pourtant pas de dégénérescence chorio-épithéliomateuse.

WALDO, à la suite de cette observation cite les cas de môle hydatiforme qu'il a recueillis dans la littérature, et qui ont entraîné une rupture de l'utérus.

Les voici :

OBSERVATION XIII

L. SEITZ. (In *Hand book of Obstetrics*, 1904, p. 1064.)

La malade mourut.

OBSERVATION XIV

LORD. (In *Edinb. Méd. Journal*, janvier 1868.)

Il s'agit d'une môle située dans la région de la corne utérine gauche.

Peu de jours après la rupture, la malade mourut de péritonite et d'hémorragie.

OBSERVATION XV

KRIEGER. (In *Berliner Beiträge z. Geburts-Hülfe und Gynäkologie*, 1872, page 10.)

La môle, développée sur la face antérieure de l'utérus, envahit le muscle à tel point, qu'elle était recouverte simplement par le péritoine.

Il se produisit une péritonite aiguë. Mort.

OBSERVATION XVI

WILTON. (In *Lancet*, 1840, vol. XXXVII, p. 691.)

Rupture de la face postérieure de l'utérus, près du fond.
Mort par hémorragie intra-péritonéale.

OBSERVATION XVII

A. CHARPENTIER écrit que *Madame Boivin* rapporte un cas de rupture utérine due à une môle hydaliforme.

OBSERVATION XVIII

Rupture Itérative et spontanée de l'utérus.

M.-G. BECKER. (*Zeitsch. f. Geburtsh und Gynäkol*, 1912, L. XXI, 1-2.)
— In *Semaine Médicale*, 20 nov. 1912.

X..., 28 ans, avait un bassin modérément rétréci. Six ans auparavant, lors de son premier accouchement, elle avait

eu une rupture utérine qui s'était produite quelques heures seulement après le début du travail, alors que, selon toute probabilité, le col était encore fermé. La déchirure, qui était transversale et siégeait sur les parties postérieures du segment inférieur, intéressait le péritoine; toutefois, sous l'influence d'un traitement par le drainage à la gaze iodoformée, elle guérit sans complications.

Se trouvant de nouveau enceinte, cette femme avait continué son travail dans un magasin, travail qui était pourtant des moins fatigants. Elle se trouvait à son septième mois de grossesse, quand un jour elle éprouva subitement des douleurs dans le ventre et dut rentrer chez elle. Après s'y être reposée quelque temps, elle revint au magasin, ainsi que le lendemain, mais ce jour-là, après quelques heures de travail, elle dut de nouveau revenir chez elle : jusque-là, elle n'avait éprouvé aucune douleur imputable à des contractions utérines. Sept jours après l'apparition des premières sensations douloureuses et alors que des symptômes de péritonite existaient depuis la veille seulement, la patiente fut conduite à l'hôpital ; elle y arriva presque moribonde.

On commença par extraire l'enfant long de 40 centimètres et macéré ; le placenta déjà décollé fut aussitôt expulsé. On enfouça la main dans l'utérus : dans la région de la corne gauche existait une rupture par laquelle avait dû sortir l'enfant, car il y avait comme une sorte de loge extra-utérine formée par les anses intestinales voisines et quelques adhérences. En raison des symptômes de péritonite, on se hâta de faire une laparotomie sous anesthésie locale. On vit ainsi que la rupture s'étendait du cul-de-sac de Douglas à la base du ligament large gauche, et de là, jusque vers le fond ; la première partie de la rupture avait déchiré l'artère utérine qui n'avait pourtant pas saigné. La patiente succomba une heure après l'opération qui avait

consisté simplement en une suture et un tamponnement utérins.

A l'autopsie, on put constater que la première partie de la déchirure correspondait à la rupture qui s'était produite six ans plus tôt. Malgré ce qu'on aurait pu admettre *à priori*, l'utérus n'avait pas l'air plus friable qu'à l'état normal. Aussi, le fait de cette rupture se produisant en plein repos, avant tout travail, était certainement singulier ; il y eut probablement une sorte d'éclatement engendré par les contractions non douloureuses de la matrice.

c) TROISIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS

**Cas où la rupture de l'utérus est attribuée à un curetage
ou à une délivrance antérieurs.**

OBSERVATION XIX

Rupture spontanée de l'utérus au 7^e mois de la grossesse.

LADINSKI. (Académie de Médecine de New-York, 18 janvier 1906.) —
In *Presse Médicale*, 24 mars 1906.

Ladinski montre les pièces provenant d'une femme de 26 ans, qui avait eu trois accouchements normaux et une fausse couche remontant à sept ans. Le dernier accouchement avait eu lieu en 1901; il avait été normal, à cela près que le placenta était très adhérent. Quatre semaines après cet accouchement, on la cureta : cette opération détermina presque immédiatement de vives douleurs dans le bassin, accompagnées de vomissements et de distension abdominale. On dut pratiquer une colpotomie qui amena la cessation des troubles. En juillet 1905, la malade commença une nouvelle grossesse ; dans le courant de janvier 1906, elle éprouva quelques douleurs et s'aperçut d'un léger écoule-

ment sanguinolent. A ce moment, Ladinski trouva un fœtus vivant en bonne position ; le col n'était pas dilaté. Le repos et les opiacés eurent raison des écoulements sanguins, mais les douleurs persistaient dans la région lombaire et dans l'abdomen. Cinq jours plus tard, l'auteur fut appelé d'urgence et trouva la malade dans le collapsus, extrêmement pâle et agitée, avec de fréquentes nausées et de violentes douleurs abdominales. Les respirations étaient très fréquentes et suspicieuses ; le pouls était filiforme et, par moments, imperceptible. L'abdomen fut ouvert le plus rapidement possible : il était rempli de sang, en partie coagulé ; l'œuf, intact et complètement séparé de l'utérus, flottait dans la cavité péritonéale. Le fœtus était mort. L'utérus présentait dans la partie supérieure et droite de sa paroi antérieure, une déchirure de 10 centimètres. Comme la matrice présentait en plusieurs endroits des lésions ressemblant à des cicatrices anciennes, Ladinski fit l'hystérectomie. La femme guérit sans incident.

Pas d'examen histologique.

OBSERVATION XX

Un cas de rupture spontanée de l'utérus gravide au 5^e mois.

SIEBER, de Berlin. (*Deutsche Méd. Woch.*, 1911, t, XXXVII, n° 37, 14 septembre, p. 1752.)

Une jeune femme de 23 ans, qui avait déjà eu deux enfants et qui se trouvait au cinquième mois d'une grossesse, fut amenée moribonde à l'hôpital. Sieber constata une grande déchirure transversale de tout le fond de l'utérus, ayant permis l'issue du fœtus dans la cavité abdominale. Une opération était impossible. Dans ce cas, il n'y avait pas eu traumatisme, ni tentative criminelle d'avortement, ainsi que le prouvaient le siège de la rupture et les membranes intactes. Il n'y avait aucune cicatrice du muscle utérin, aucune lésion consécutive à un curetage antérieur.

On apprit seulement que, dans une des grossesses précédentes, on avait dû pratiquer une extraction manuelle du placenta. Mais, ni l'examen macroscopique, ni l'examen microscopique de la rupture ne permirent de trouver du tissu cicatriciel ; on notait seulement qu'au niveau de la rupture la paroi était amincie, que le tissu placentaire s'enfonçait profondément dans la paroi, mais il n'existait aucune altération de la musculaire.

L'auteur pense cependant que la cause de la rupture utérine, dans son cas, réside dans un trauma consécutif à l'extraction manuelle du placenta, qui a diminué la résistance de la paroi utérine, si bien que, lors d'une grossesse ultérieure, les villosités placentaires ont pu proliférer dans la paroi amincie et déterminer la rupture.

OBSERVATION XXI

M. BEYER, de Hanau. (*Presse Médicale*, 1913, n° 36.)

L'auteur a eu l'occasion d'observer un cas de rupture utérine spontanée dans les premiers mois de la grossesse.

Une femme de 20 ans, qui avait eu en 1910, un accouchement avant terme, fébrile, pour lequel on avait dû faire une délivrance artificielle, devint de nouveau enceinte en automne 1911. Le 7 janvier 1912, la femme se plaignit de douleurs abdominales brusques dans la région ombilicale avec vomissements qui persistèrent pendant deux jours et nécessitèrent son entrée à l'hôpital. La malade, pâle, présente des signes d'obstruction intestinale : un ventre très météorisé, une température de 37°3, un pouls régulier à 106, on sent au-dessus de la symphyse l'utérus gravide qui arrive presque à l'ombilic et sa pression est douloureuse.

Le 10 janvier, la malade ayant eu une selle abondante avec émission de nombreux gaz, son état paraît s'améliorer et les troubles intestinaux disparaissent.

Un seul point était étonnant, c'était l'existence d'un

utérus gravide, gros comme un utérus de cinq à six mois, alors que les dernières règles dataient de fin octobre 1911.

Le 16 janvier, la femme fut de nouveau prise brusquement de vives douleurs, de crampes abdominales dans la région ombilicale avec vomissements. A un moment, elle eut la sensation nette que quelque chose se déchirait dans son ventre et qu'il s'écoulait du liquide par le vagin ; le pouls était à 134, rapide, presque incomptable, la température à 37°4, le ventre très distendu et douloureux, on ne sentait plus l'utérus.

On intervint immédiatement : on trouva après laparotomie la cavité remplie de sang liquide ou en caillots. Un fœtus long de 15 centimètres et suspendu par son cordon était libre dans le flanc gauche, le fond de l'utérus était déchiré sur toute son étendue. On fit une hystérectomie totale en laissant en place trompes et ovaires. Nettoyage de la cavité péritonéale. Drainage vaginal, suture complète de la paroi abdominale en trois étages. Guérison.

OBSERVATION XXII

JELLINGHAUS, cité par Baisch. (*Munch. Méd. Woch.*, 1913.)

Il s'agit d'une femme de 38 ans. VII-pare. Rupture spontanée de l'utérus au sixième mois de la grossesse.

Hystérectomie. On trouva une rupture de 9 centimètres de long, de la face antérieure de la matrice au voisinage du fond, se dirigeant de gauche à droite.

L'examen microscopique révéla une dégénérescence hyaline des faisceaux musculaires au voisinage de la rupture.

OBSERVATION XXIII

FREDET, cité par Baisch. (*Munch. Méd. Woch.*, 1913.)

Il s'agit d'une III-pare qui eut une délivrance artificielle, lors de son deuxième accouchement.

Rupture utérine spontanée.
Pas d'autres renseignements.

OBSERVATION XXIV

Léopold MEYER, de Copenhague. (*Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, août 1915, page 291.)

Résumée. M^{me} X..., 35 ans, entre à la maternité de Copenhague le 4 février 1909.

Antécédents obstétricaux : neuf grossesses antérieures, dont trois terminées prématurément. De ces trois avortements, les deux premiers ne présentèrent rien à signaler, mais le troisième, cinq ans auparavant, a été terminé par une « opération ». Un des accouchements, six ou sept ans avant, a été terminé par une extraction difficile. Dernier accouchement, en 1906, naturel. Mais, quatre jours après, on lui fit un curetage (répété huit jours plus tard), qui ramena quelques débris placentaires. (Cette intervention fut décidée à la suite d'une forte hémorragie). La malade ne regagna que lentement ses forces mais, depuis, elle s'est portée tout à fait bien, jusqu'à la grossesse actuelle.

Dernières règles (mais très faibles), à la fin de juin 1908. Elle s'est trouvée mal durant toute la grossesse, s'est plainte de douleurs de reins et dans le ventre, a préféré rester couchée, mais a, néanmoins, fait quelque travail de ménage. Pas de traumatismes notés.

Le 1^{er} février elle perd un peu de sang, après quoi son malaise augmente ; elle garde le lit ; pas de vertige, pas d'évanouissement.

Le 4 février à 10 heures du matin, elle est saisie d'un malaise subit ; a des douleurs abdominales et perd un peu de liquide aqueux (rupture des membranes ?) et un peu de sang et deux caillots gros comme des œufs de poule. Deux heures plus tard, elle devient très pâle et très souffrante, gémissante, à demi-consciente. Elle ne s'évanouit pas. On la transporte à la maternité,

A l'entrée : très anémique, pouls insensible. On est frappé de la forme irrégulière de l'abdomen et de la netteté avec laquelle se laissaient palper les parties fœtales. Au toucher : col non effacé, orifice perméable au doigt. On n'arrivait ni sur le placenta, ni sur les parties fœtales. Le diagnostic hésita entre une grossesse extra-utérine rompue et une rupture de l'utérus gravide.

Laparotomie, trois quarts d'heure après l'entrée. A l'incision de la paroi abdominale, pas une goutte de sang ne s'écoule (c'était comme si on opérait un cadavre). Il y avait une inondation péritonéale énorme. Le fœtus situé dans le Douglas fut extrait après section du cordon. Le corps de l'utérus s'était rompu de haut en bas, un peu derrière le bord gauche et était complètement inversé à travers la rupture : la muqueuse, sur laquelle le placenta adhérait encore presque complètement, regardait la cavité péritonéale. Pas d'hémorragie. Réduction facile. Hystérectomie subtotale. Mort pendant la suture de la paroi.

L'autopsie démontra une anémie extrême. Bassin spacieux.

A l'examen de l'utérus on ne trouva pas d'altérations histologiques caractéristiques.

L'enfant, un garçon mort-né de 45 centimètres, 2.300 grammes, fut jugé être né quatre à six semaines avant terme.

OBSERVATION XXV

A. BRINDEAU. (*Archives d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1917, Tome IX, page 195.) — « Rupture et inversion utérines combinées ».

Résumée. M^{me} V... Marie, 32 ans, VII-pare. Amenée dans le service du docteur Bonnaire, le 17 mars 1917, à 11 heures du matin. Bonne santé habituelle.

Accouchements antérieurs: Les cinq premiers, normaux. Le dernier, à Lariboisière, en février 1916, dystocique. La malade a été amenée avec le tronc de l'enfant entre les

jambes, la tête retenue dans les voies génitales, après avoir subi en ville, le 9 février 1916, à 7 heures du matin, plusieurs tentatives infructueuses de forceps sur tête dernière. Rupture prématurée des membranes, 89 heures avant l'accouchement. Perforation simple du crâne par la suture lambdoïde sans basiotripsie, et extraction de la tête. Délivrance artificielle. Révision utérine. Ecouvillonnage. Injection utérine iodée. Tamponnement utéro-vaginal. Fille 2.500 grammes, longueur 47 centimètres.

N'a pas revu ses règles depuis ce dernier accouchement. Ignore le moment de la conception et celui des premiers mouvements actifs du fœtus. Bonne santé pendant cette grossesse jusqu'au 9 mars. Depuis lors, douleurs dans le ventre sans localisation nette.

Dans la nuit du 16 au 17 mars 1917, vers 2 heures 1/2 du matin, violente douleur subite dans le ventre, la malade la localise à l'épigastre. Pas de syncope. Vomissements noirâtres, abondants, fréquents. Depuis, la femme ressent de fortes douleurs abdominales.

A l'arrivée dans le service : mauvais état de nutrition. Malade maigre, au teint plombé. Nez froid et pincé. Yeux enfoncés. Muqueuses peu colorées. Hémoglobine : 60 %. Gémissements continuels.

Température : 35°. Pouls : 120, assez régulier, bien frappé.

Poumons normaux en avant. Cœur paraît normal.

Abdomen : Le ventre est celui d'une femme à terme. Dans la région sous-ombilicale, on remarque deux voussures très largement saillantes de chaque côté de la ligne médiane, celle de gauche est un peu plus marquée.

A la palpation, il n'y a pas de défense musculaire. L'examen est peu douloureux. On sent sous l'ombilic une masse résistante, à contours peu nets, située dans la région de la voussure signalée plus haut ; derrière celle-ci il y a une autre masse résistante, dure, ayant tous les caractères d'une tête fœtale, y compris le ballottement très net. A

droite, on palpe des parties fœtales. Toutes celles-ci semblent être directement sous la peau.

Percussion : Toute la région située au-dessous de l'ombilic est mate. Une région située à l'épigastre, de forme triangulaire, ayant l'ombilic comme sommet, est sonore.

Auscultation : Bruits du cœur fœtal, néant. Pas de souffle utérin.

Toucher : Vulve décolorée. Aucun suintement sanguin. La malade déclare n'avoir perdu aucune goutte de sang depuis son accident de la nuit. Le col est perméable au doigt, long, ferme, bien fermé. Aucune trace de début de travail. On sent l'utérus en avant et à droite. Aucune partie fœtale au-dessus du détroit supérieur.

Diagnostic : On conclut, soit à une rupture utérine, cependant peu probable, puisqu'elle se serait produite avant le début du travail, soit à une rupture d'une grossesse ectopique près du terme, ce qui semble plus logique. On décide la laparotomie.

Laparotomie : à 12 heures 15, sans incidents.

A l'ouverture du péritoine, s'écoule un flot de liquide noirâtre avec quelques caillots.

Le fœtus est au milieu des anses grêles, la tête à l'endroit où on l'avait palpée. Extraction facile. Le placenta, visible par sa face fœtale, fait hernie au dehors de la plaie ; il est adhérent à une tumeur charnue pédiculée, assez volumineuse, que l'on a un peu de peine à reconnaître ; on s'aperçoit que c'est l'utérus retourné.

Hystérectomie subtotale. L'utérus est enlevé. Ligatures. Suture des moignons et du col. Toilette du péritoine. Fermeture de la paroi en un plan avec crins de Florence. Un drain dans l'angle inférieur de la plaie. Durée de l'opération : 50 minutes. Réveil facile. Pouls : 140. Pas de vomissements.

Enfant : 3,400 grammes. Longueur : 51 centimètres.

Placenta : 550 gr.. Déchirure des membranes à 3 cent.

Cordon : 50 centimètres.

Pièce enlevée : Utérus complètement retourné. La surface interne est devenue externe et la face péritonéale est devenue interne. Les trompes et les ligaments ronds pénètrent par la déchirure à l'intérieur de l'utérus. Le placenta semble adhérent. Le doigt introduit dans le col est arrêté après deux ou trois centimètres par une occlusion complète du col.

On retourne l'utérus en l'invaginant par la déchirure. Pendant cette manœuvre laborieuse, le placenta et les membranes se décollent. On constate une longue déchirure sur le bord gauche, plus rapprochée de la face postérieure que de la face antérieure, à travers laquelle ont passé le fœtus et le placenta. L'utérus est fortement rétracté et est un peu plus petit qu'un utérus normal sitôt après l'accouchement. Au niveau de la sténose du col il existe un tissu cicatriciel net ; occlusion complète, le plus petit stylet ne peut passer. En plusieurs endroits, le segment inférieur est d'une minceur extrême, il n'a pas plus de 1 millimètre d'épaisseur.

La malade part complètement guérie le 4 mai 1917.

L'examen microscopique de la déchirure montre qu'il s'agit d'un tissu cicatriciel au milieu duquel on trouve encore quelques fibres musculaires nécrosées. Les fibres élastiques sont très peu nombreuses. Au niveau de l'oblitération du col, le tissu fibreux est moins condensé. Les fibres musculaires sont rares et dissociées. En aucun point, on n'a pu trouver de tracé du canal cervical. Les pièces étant mal fixées, les coupes sont peu démonstratives.

En résumé : L'étude étiologique montre qu'il s'agit d'une grande multipare, dont le précédent accouchement a été très dystocique ; cet accouchement s'est compliqué très probablement d'une déchirure sous-péritonéale du segment inférieur. La cicatrisation s'est faite lentement ; la femme est redevenue enceinte peu de temps après, alors que le processus de cicatrisation n'était pas terminé. Il s'est ainsi produit une oblitération de l'orifice interne du

col. A la fin de la grossesse, au moment des contractions indolores qui précèdent le travail, la cicatrice amincie du segment inférieur a éclaté, provoquant une déchirure complète de l'utérus.

A noter aussi qu'il s'agissait d'un placenta prævia, puisque les membranes étaient rompues à trois centimètres.

Au sujet de l'explication de l'inversion, Brindeau trouve que le cas est très net et le résume en quelques mots : Inertie utérine, amorce d'inversion, retournement total par révolte de l'utérus.

d) QUATRIÈME GROUPE D'OBSERVATIONS

Cas où la cause de la rupture utérine n'a pas été trouvée.

OBSERVATION XXVI

COLLINEAU. (*Journal de Médecine*, cité par DUPARCQUE.) — Obs. XVII
in COUTAGNE.

Le 3 juillet 1808, Collineau fut appelé près d'une femme de 26 ans, enceinte de trois mois. Pas de renseignements sur les antécédents obstétricaux. Depuis une heure du matin, la malade éprouvait de violentes coliques avec vomissements. Elle se tordait dans son lit en proie à d'atroces douleurs. La face était pâle, la peau couverte d'une sueur froide ; le pouls petit et intermittent. Le ventre était gros, mais, ni dur, ni douloureux au toucher. La malade ne répondait pas aux questions posées. Pendant l'examen du médecin (vers 4 heures du matin); elle mourut.

A l'autopsie, il s'écoula de l'abdomen ouvert un peu de sérosité et une grande quantité de sang. Après avoir enlevé un très grand caillot qui recouvrait les viscères abdominaux, on trouva un fœtus de deux mois environ, sorti de l'utérus par une déchirure qui se trouvait sur le fond utérin,

près de l'angle gauche. La zone d'insertion du placenta était voisine de la zone de déchirure.

Le col était long et épais.

Pas d'examen histologique.

OBSERVATION XXVII

Thomas HOTT. (*The London Medical Repertory*, mai 1817, traduite par MURAT, dans l'article « Rupture de l'Utérus » du dict., en 60.) — Obs. XVIII in COUTAGNE.

Hott fut appelé le 6 janvier 1817 auprès de M^{me} H..., enceinte de six mois. Il la trouva vomissant en grande quantité. A chaque effort qu'elle faisait pour vomir, elle paraissait prête à s'évanouir, mais son pouls était bon, et elle ne présentait pas d'autres symptômes. Jusque-là, sa santé était satisfaisante. Elle fut éveillée à 4 heures du matin par une violente douleur siégeant à la région ombilicale. Cette douleur cessa bientôt et fut remplacée par le vomissement qui revenait par intervalles. La malade s'affaiblit progressivement et mourut le même jour, à six heures du soir.

A l'autopsie du cadavre, Hott observa que la cavité abdominale était remplie de sang. Il trouva le fœtus et le placenta qui étaient sortis par une rupture située au fond de l'utérus. M^{me} H... avait 26 ans, avait eu auparavant deux grossesses normales.

OBSERVATION XXVIII

DUPARCQUE. (*Op. cit.*, p. 42 et suivantes.) — Obs. XX in COUTAGNE.

Résumée. Femme V..., 33 ans. Autrefois d'une forte santé, se livrait souvent à des accès de colère allant jusqu'à la frénésie. Premier accouchement heureux. Au cours de sa deuxième grossesse, elle fit une chute qui provoqua l'avortement. Depuis cet accident, datant de cinq ans auparavant, métrorrhagie presque continuelle, qui lui fit perdre

son ancienne vigueur. Elle eut cependant deux enfants depuis. Elle était donc enceinte pour la cinquième fois et parvenue au quatrième mois de sa grossesse (elle avait repris de la force et de l'embonpoint), quand, le 24 décembre 1824, elle s'abandonna à un accès de colère très violent, vers neuf heures du soir.

Revenue à elle, elle se plaignit d'avoir ressenti dans le ventre une vive douleur, « un claquement ». La nuit fut cependant calme. Le 25, elle fait son ménage comme d'habitude. Le 26, elle constate un peu de sang sur sa chemise, elle va consulter une sage-femme qui la rassure après l'avoir examinée. Elle rentre à midi chez elle et mange de bon appétit ; à trois heures, se sentant encore faim, elle prend un potage. A quatre heures, elle se rend dans une maison de la même rue, remplir ses occupations domestiques, mais elle fut bientôt obligée de les suspendre par suite de la violence des douleurs qu'elle ressent dans l'abdomen. Elle revient chez elle, se couche, les douleurs continuent. Elle ne peut rien prendre sans vomir aussitôt. Cependant, cette femme peut prendre encore quelques heures de repos pendant le courant de la nuit, mais le 27, à 7 heures du matin, elle se sent oppressée, pâlit, pousse deux hoquets et expire.

Le médecin appelé supposa que la mort était due à une hémorragie interne.

Autopsie.— A l'ouverture de l'abdomen il s'écoule environ 4 litres de sang mélangé de caillots. Sous les parois abdominales surnageait un fœtus de quatre mois, mort. En suivant le cordon intact, on le voit s'enfoncer dans l'utérus, à travers une déchirure existant à la partie supérieure médiane et un peu postérieure de l'organe, mais correspondant, vu l'obliquité antérieure de l'axe de l'utérus, à sa partie la plus élevée. Cette ouverture avait deux pouces dans son plus grand diamètre qui était transversal, et quinze lignes d'avant en arrière. Les bords en étaient pres-

que aussi droits et réguliers que si la division en avait été faite par un instrument tranchant.

En cet endroit et dans l'espace d'environ deux pouces de circonférence, les parois de l'utérus étaient moins consistantes et de moitié moins épaisses que partout ailleurs. Près du bord antérieur de la déchirure rampaient, sous la tunique péritonéale, quelques veines variqueuses larges et rapprochées les unes des autres, de manière à former une sorte de tache noire, qui tranchait sur la couleur blanche de la surface de la matrice. Cet organe, revenu sur lui-même, était complètement rempli par le placenta, dont une portion grosse comme un œuf de poule faisait saillie à travers la déchirure, en tenait les bords écartés et lui donnait une forme elliptique. Cette masse était intimement adhérente à la surface interne de la matrice ; le col utérin, long d'un pouce et demi, était épais, dur et serré.

La surface péritonéale n'offrait pas la plus légère trace d'inflammation ; les parois abdominales ne présentaient aucune altération qui eût pu faire soupçonner de violence extérieure.

OBSERVATION XXIX

MOULIN et GUIBERT. (*Archives générales de Médecine*, 1825.) — Obs. XIX in COUTAGNE.

M^{me} C..., âgée de 26 ans, a eu un premier accouchement à terme à 21 ans, et deux fausses couches, une de quatre mois, à 23 ans, l'autre de deux mois, à 25. Santé satisfaisante. Nouvelle grossesse datant de fin mai 1825. Le 7 août, après un bain très chaud et un léger dîner, elle ressent, en valsant, un craquement dans le bas-ventre et tombe aussitôt en syncope. Ramenée chez elle, elle présente des symptômes péritonéaux graves : gonflement abdominal, vomissements, pouls petit, traits décomposés.

Moulin, appelé, pratique le toucher, croyant à une fausse couche ; il trouve un col normal de grossesse et pas une goutte de sang dans le vagin. La malade se plaint d'une

vive douleur dans la fosse iliaque droite. Moulin prescrit des sangsues, attribuant la faiblesse à une hémorragie par déchirure du foie, et la quitte à minuit. A quatre heures du matin, l'état empire. On pense à une péritonite sur-aiguë. Le toucher montre un col dur, long et ferme. Mort vingt-quatre heures après le début des accidents.

Autopsie. — A l'ouverture du péritoine, il s'écoula une grande quantité de sang pur et liquide. Dans la région hypogastrique, au milieu de l'épanchement énorme formé par le sang, se trouvait une tumeur arrondie de trois ou quatre pouces, adhérente à la partie supérieure du corps de l'utérus et semblant faire un tout avec ce viscère, au point qu'au premier aspect on pouvait la prendre pour l'utérus lui-même. Cette tumeur, dont les parois épaisses de cinq à six lignes étaient entièrement formées de sang coagulé, se trouvait creuse et contenait dans sa cavité un fœtus paraissant âgé de deux mois et demi, entouré de ses membranes et des eaux de l'amnios. L'utérus ayant été détaché de ses ligaments et du vagin, fut examiné séparément, aussi bien que l'œuf humain environné des caillots sus-mentionnés et l'on put constater alors les particularités suivantes.

A la base ou partie supérieure de l'utérus existait une déchirure considérable, de forme circulaire, ayant au moins deux pouces de diamètre. Les bords de cette déchirure adhéraient au caillot formant tumeur à la base de l'utérus et contenant, comme il vient d'être dit, le fœtus enveloppé de ses membranes. Le tissu de l'utérus était sain presque dans toute son étendue ; à l'endroit de la déchirure il se trouvait évidemment ramolli et la surface déchirée paraissait rugueuse et inégale. L'épaisseur des parois utérines n'était pas plus grande en cet endroit que partout ailleurs ; elle était d'environ huit à neuf lignes. Il n'y avait aucune apparence de cavité, ni rien qui indiquât la préexistence d'un corps étranger dans l'épaisseur de cette

paroi. La surface interne de la matrice était un peu rouge, humide et parsemée de viscosités et de débris filamenteux ; le placenta à peine ébauché et sous forme de membrane mince, allongée et triangulaire, ne se distinguait que par sa continuité avec le cordon ombilical et son adhérence aux membranes du fœtus. Il fut impossible de s'assurer si ce corps adhérait à l'intérieur de l'utérus ou aux bords de la déchirure de ce viscère. Le fœtus, transparent à travers les eaux de l'amnios et les membranes, paraissait bien conformé et du sexe masculin ; sa tête occupait la partie déclive.

Pas de péritonite. Pas de lésions des autres organes.

OBSERVATION XXX

EGGE. — (*Medical and Physicol Journal*, 1828, citée par DUPARCQUE.)

Obs. XXI in COUTAGNE.

M^{me} X..., mariée depuis quatre mois, dès lors douleurs profondes au dos et dans la région utérine. Au retour d'une excursion, défaillances, vomissements, mort en moins d'une heure.

« Autopsie. — L'utérus présentait à la partie antérieure
« une rupture longue de cinq pouces (anglais) verticale,
« qui s'étendait jusque sur le placenta. Le fœtus, couché
« au devant de la matrice, était enveloppé de ses membra-
« nes et recouvert de sang coagulé qui, en outre, était
« répandu dans la cavité pelvienne et entre les intestins.
« L'utérus présentait des taches d'une couleur foncée et
« qui rendaient le tissu où elles se trouvaient facile à dé-
« chirer. Le fœtus paraissait être en bonne santé. »

OBSERVATION XXXI

Robert SCHIRLEY NUNN. (*London Medical Gazette.*, vol. XXI, analysée en 1839 dans le *Schmidt's Jahrbucher.*) — Obs. XXII in COUTAGNE.

Une femme de 45 ans a eu, douze mois auparavant, un enfant mort-né, puis un avortement ; étant enceinte de

cinq mois, elle ressent pendant la nuit, des douleurs abdominales, a une selle à la suite de laquelle elle prend de l'huile de ricin, tombe dans le collapsus et meurt en quelques heures.

Autopsie.— L'abdomen contient quatre ou cinq pintes de sang coagulé ou liquide qui recouvre les intestins dans le bassin. Les membranes flottent au-dessus de l'utérus auquel elles sont reliées par le cordon. L'utérus est en place, revenu sur lui-même, et présente à sa partie supérieure et postérieure une fente d'un pouce et demi de longueur, qui siège au niveau de l'insertion du placenta. Le placenta est encore adhérent au fond de l'utérus, sauf à l'endroit déchiré. L'utérus est un peu plus mince et plus mou que de coutume, quoique la partie déchirée ne soit pas plus altérée que le reste. Le col est sain, l'orifice fermé, l'ovaire droit sain, le gauche plus gros qu'un œuf de pigeon et hydro-pique ; vessie et rectum vides ; autres organes normaux.

OBSERVATION XXXII

WARREN. — (*London Medical Gazette*, décembre 1851, analysée dans le Tome L. XXV du *Schmidt's Jahrbucher*.) — Obs. XXIII in COUTAGNE.

Femme de 30 ans, ordinairement bien portante, a eu un accouchement antérieur normal ; au quatrième mois de sa deuxième grossesse, étant occupée à coudre, elle ressent tout à coup dans le bas-ventre une violente douleur suivie de prostration rapide ; la mort s'ensuit six heures après, sans qu'il ne se soit rien écoulé des parties génitales.

Autopsie. — Fœtus de quatre mois, normal, passé dans la cavité abdominale ainsi qu'une grande quantité de sang. L'utérus est rétracté et présente dans son fond une déchirure dont la cause n'a pu être découverte.

OBSERVATION XXXIII

Paul DUMOIS. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1854, p. 201.) — Obs. XI in COUTAGNE.

« L'auteur soigne, avec Danyau, une femme enceinte de huit mois qui, pendant quelques jours, se plaint de douleurs vives et brusques ; son ventre est tuméfié et météorisé dans toute son étendue ; vomissements opiniâtres ayant l'apparence de la suie délayée. Danyau a d'abord l'idée qu'on est en présence de la rupture du kyste d'une grossesse extra-utérine ; mais ce diagnostic est éliminé quand le toucher fait constater que le doigt qui peut pénétrer dans le col et même dans la cavité de l'utérus ne rencontre rien, mais sent un corps dur à la partie postérieure.

La femme meurt pendant cette indécision.

A l'autopsie, on trouve un fœtus couché dans ses membranes au-devant de l'utérus, qui présentait à sa partie antérieure une énorme crevasse s'étendant de sa partie supérieure aux adhérences qui l'unissaient en bas à la vessie et qui avaient été respectées. »

OBSERVATION XXXIV

LUSTGARTEN. (*Wiener Medicinische Presse*, 1876.) — Observ. XV in COUTAGNE.

« Femme ayant eu, en 1871, un enfant venu au monde dans un accouchement difficile, mais sans opération obstétricale nécessaire. Au huitième mois d'une deuxième grossesse, douleurs survenues sans cause et d'une nature non déterminée ; on sent l'utérus à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, dur et tendu. Dix heures après le début des douleurs, collapsus et signes de péritonite ; on diagnostique une rupture utérine avec hémorragie interne. Mort deux heures et demie après.

A l'autopsie (partielle), hémorragie intrapéritonéale assez abondante ; déchirure grosse comme le poing, située

en haut et à gauche du corps de l'utérus; déchirure des membranes ; placenta inséré à droite. Le poids du fœtus est de neuf kilogrammes (?!). »

Nota : Cette observation trop laconique a été vivement critiquée dans un article analytique du « Schmidt's Jahrbucher », qui la regarde comme presque inutile pour la science ; notons seulement la précision du diagnostic porté pendant la vie.

OBSERVATION XXXV

J.-B. PUZIN. (Thèse de Paris, 1809, citée dans DUPARCQUE.) — Obs. XVI
in COUTAGNE. *Lyon Médical*, 29 octobre 1882 (Résumée).

M^{me} G..., 30 ans. Cinq enfants, plusieurs fausses couches. La malade portait sur sa tête un fardeau, étant enceinte de trois mois. Elle fit un faux pas, et dans l'effort qu'elle fit pour s'empêcher de tomber, elle ressentit une douleur violente dans la matrice, suivie d'une sensation de chaleur dans le ventre, de défaillances, de sueurs froides et de syncope. Transportée chez elle, le pouls était petit, faible intermittent ; ventre dur et tendu, face pâle, lèvres décolorées, yeux éteints, respiration difficile ; prostration des forces sans hémorragie extérieure. Au bout de quinze jours de repos, la malade se lève et reprend ses occupations sans ressentir d'autre incommodité qu'un peu de faiblesse. Un mois après l'accident, les symptômes analogues aux précédents reparurent avec beaucoup d'intensité. Malgré le traitement (repos-diète), la malade mourut trois jours après.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, il sortit deux pintes de sang noir et liquide. Il existait au-dessus de l'utérus un caillot aplati, de la largeur de la main, adhérent à la surface antérieure de la masse intestinale. Le fond de l'utérus, près de l'insertion de la trompe droite, présentait une déchirure d'un pouce d'étendue ; cette déchirure cor-

respondait à l'implantation du placenta. La cavité utérine contenait un fœtus mâle, de trois à quatre mois, bien conformé.

Pas d'examen histologique.

OBSERVATION XXXVI

Rupture de l'utérus pendant la grossesse.

D.-A. LEWERS. (*Annales de Gynécologie*, 1887, XXVII, p. 316.) —
LEWERS cite cette observation qu'il a trouvée dans le *Glasgow Med. Journal*.

B. T., est âgée de 37 ans, non mariée, domestique de ferme. Le jour qui a précédé l'accident, elle a marché environ 4 milles, rien ne peut faire supposer qu'elle se soit livrée ce jour-là à un travail excessif. Le soir, après un excellent repas, elle va se coucher, fort bien portante. Peu après, vers 11 heures, elle se plaint de douleurs d'estomac et d'entrailles. Elle est prise de vomissements et continue à souffrir jusqu'à sept heures du matin, heure à laquelle elle meurt.

A l'autopsie, on trouve dans le ventre du sang et des caillots, de quoi remplir une cuvette. Une grosse tumeur, recouverte de sang coagulé, fait saillie hors du bassin, c'est l'utérus dont la cavité renferme un fœtus de quatre mois environ, enveloppé de ses membranes et qui est en partie engagé à travers une déchirure qui occupe le fond de la matrice. Cette déchirure mesure à peu près 11 centimètres de long sur 10 de large. A ce niveau, le tissu utérin paraît tout à fait normal, pas la moindre trace d'une affection quelconque. L'orifice externe et le canal cervical sont complètement obturés par un bouchon muqueux.

Pendant la vie, on n'avait pas fait de diagnostic, et l'on avait supposé que la femme était morte empoisonnée.

OBSERVATION XXXVII

GREEN ARMYTAGE. — A case of spontaneous rupture of the uterus at the eighth month. (*Journ. of Obst. and Gyn. of the Br. Emp.*, september 1913.)

Il s'agit d'une femme de 22 ans, primipare, qui, enceinte de huit mois, fut prise au cours d'un bain, d'une violente douleur abdominale et fut amenée mourante à l'hôpital. L'ouverture de l'abdomen faite aussitôt après la mort, montra une rupture siégeant au fond de l'utérus. L'examen histologique de la paroi utérine à ce niveau montra de la dégénérescence hyaline et une infiltration fibreuse du tissu musculaire.

CHAPITRE III

Etude d'ensemble des caractères cliniques des Observations précédentes.

Après l'étude de ces cas et la lecture des ouvrages traitant de la question, il nous paraît intéressant d'attirer l'attention sur les points suivants :

- I. — **La rareté de l'affection.**
 - II. — **L'âge de la malade.**
 - III. — **L'influence du degré de parité.**
 - IV. — **L'âge de la grossesse.**
 - V. — **Les conditions dans lesquelles s'est produite la rupture.**
 - VI. — **Les lésions macroscopiques et microscopiques constatées.**
 - VII. — **La symptomatologie.**
 - VIII. — **Le diagnostic.**
 - IX. — **La conduite tenue.**
 - X. — **Le pronostic.**
-

I. — La rareté de l'affection.

Nous avons suffisamment montré dans l'introduction la rareté de la rupture spontanée.

A la Charité de Lyon, sur 36,000 accouchements, il s'en est produit un cas.

Trask n'en a relevé que 14 cas sur une statistique englobant 303 observations de ruptures utérines. Tous les

auteurs sont d'accord sur la rareté de cet accident, aussi dans la littérature médicale nous n'avons trouvé que 51 cas.

II. — *L'âge de la malade.*

Pour les auteurs, le maximum de fréquence des cas de rupture s'observerait chez les femmes ayant dépassé 30 ans.

Dans les 25 observations où l'âge est mentionné, nous trouvons 2 malades de 20 ans (obs. II et XXI), 3 de 20 à 25 ans, 7 de 25 à 30 ans, 8 de 30 à 35 ans, 3 de 35 à 40 ans, 2 de 40 à 45 ans.

Conclusions: — Nous avons donc 12 femmes âgées de moins de 30 ans, contre 13 ayant dépassé la trentaine.

III. — *L'influence du degré de parité.*

Tous les auteurs s'accordent pour signaler l'influence du degré de parité.

Sur les 303 cas de Trask (comprenant aussi les ruptures pendant le travail), il n'y a que 24 primipares : 9 sur les 73 de Churchill. Jolly n'en trouve que 37 sur 455 observations (ruptures pendant le travail).

Dans nos observations nous ne notons qu'une I-pare (obs. XXXVII) contre 9 II-pares, 5 III-pares, 1 IV-pares, 2 V-pares, 3 VII-pares, 1 VIII-pare, 1 X-pare, 1 XI-pare, 1 XII-pare.

Nos conclusions coïncident avec celles des auteurs puisque nous n'avons qu'une primipare sur les 25 cas où il est fait mention de l'âge.

Cette multiparité entraînerait, de l'avis général, un état de moindre résistance de l'utérus, une « déchéance

du système génital » suivant l'expression de Doléris. Dupouis, dans sa thèse, décrit les vaisseaux pelviens comme particulièrement atteints, les veines sont variqueuses, les artères athéromateuses, le système nerveux lésé, toutes choses qui retentissent sur la fibre musculaire qui se sclérose, s'amincit devient plus friable, donc prédisposée à la rupture. Ces lésions ont pu être retrouvées à l'autopsie, sur certains utérus le muscle présentait des zones amincies au niveau desquelles la rupture s'était produite.

IV. — *L'âge de la grossesse.*

Pour les classiques, la fréquence de la rupture spontanée de l'utérus augmente de plus en plus à mesure que l'on se rapproche de la date du terme de la grossesse.

Nos observations comprennent 30 cas où l'âge est cité, elles se répartissent ainsi : grossesse de 9 mois 1 cas (obs. XXV), de 8 mois 5 cas, de 7 mois 5 cas, de 6 mois 3 cas, de 5 mois 4 cas, de 4 mois 6 cas, de 3 mois 6 cas, soit 16 cas dans les 5 premiers mois de la grossesse contre 14 cas dans les 4 derniers.

Nos conclusions auraient donc tendance à détruire l'opinion précédemment émise en admettant une fréquence égale pour les deux périodes de la grossesse.

V. — *Les conditions dans lesquelles s'est produite la rupture.*

a) Elle s'explique facilement quand il s'agit de *malformations utérines* : utérus bifide (obs. I, II, III, IV), utérus présentant un diverticule (obs. V, VI, VII). Dans

ces cas on a affaire à un réservoir musculaire dont la paroi trop mince voit tôt ou tard son élasticité céder sous la pression progressive et excentrique du produit de la conception, sans qu'il soit besoin de faire appel à une cause déterminante occasionnelle pour expliquer un fait presque fatal (Coulagne).

L'observation VIII est plus difficile à éclaircir, nous pensons que la rupture peut être rapportée à l'état anormal des ligaments ronds et des vaisseaux utérins qui pourraient indiquer une malformation congénitale (infantilisme).

b) De même dans les cas de *fibrome* (obs. IX, X), *d'infection de l'utérus* (XI), *de môle hydatiforme* (obs. XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII). Dans l'obs. XVIII il s'agit d'une *rupture itérative*. Dans tous ces cas, les parois de l'utérus étaient profondément modifiées dans leur structure et incapables de résister à la distension et aux contractions (indolores) de la grossesse.

c) D'autre fois, la rupture paraît s'être produite sans aucun motif, mais en fouillant le passé obstétrical de la malade on s'aperçoit qu'elle a été soumise, lors d'une grossesse antérieure, soit à un *curetage*, soit plus simplement à une *délivrance artificielle* (obs. XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXV). (Dans cette dernière observation, il y avait probablement eu déchirure du segment inférieur à l'accouchement précédent.)

C'est la théorie pathogénique à laquelle nous devons nous rallier, croyons-nous, pour notre cas.

Chez notre malade, à la suite de la délivrance artificielle ou du curetage, le muscle utérin, au niveau de l'isthme, a dû être usé presque en totalité par la curette

sans qu'il y ait eu, toutefois, rupture du péritoine. A la grossesse suivante, l'insertion placentaire se faisant à cet endroit anormal, les villosités ont corrodé la muqueuse et le péritoine seul a cédé. Cette perforation n'aurait pas eu lieu s'il était resté à ce niveau une couche musculaire suffisante qui aurait empêché les villosités d'accomplir leur action néfaste sur la paroi utérine. BEYER (obs. XXI) rapporte un cas presque identique au nôtre. Il estime que la cause de la rupture réside dans la délivrance de la grossesse précédente qui aurait entraîné une lésion, ou tout au moins une infection de la paroi utérine avec faiblesse de la musculature qui a cédé lors de la deuxième grossesse.

BAISCH déclare que de tels faits sont rares et rapporte, comme nous l'avons vu au chapitre précédent, les 3 cas qui sont tombés sous sa connaissance (Jellinghaus, Fretet, Siebert).

d) Nous venons de voir au sujet de notre observation que la *zone d'insertion du placenta* paraissait jouer un rôle important dans la production de la rupture utérine. Or cette zone, région amincie (10 fois sur 40 cas pour Blind et Lebram) est un lieu électif de rupture. Rappelons, en passant, que l'insertion vicieuse du placenta se complique assez fréquemment de rupture du segment inférieur (Säuger, Maxwell, Kamann). Dans l'obs. XXV nous voyons notée l'existence d'un placenta prævia qui a dû entrer, lui aussi, en ligne de compte pour la production de la rupture.

e) Enfin, dans certaines observations, *la rupture semble survenir sans cause*. Elle a lieu à la suite d'un *faux pas* (obs. XXXV), d'une séance de *danse* (obs. XXIX),

d'un *accès de colère* (obs. XXVIII), d'une *excursion* (obs. XXXVI, XXX), ou lorsque la femme est en train de *coudre assise* (obs. XXXII), ou de prendre un *bain* (obs. XXXVII).

Brindeau cite le *cas de Scott* dont la malade eut une rupture de l'utérus pendant qu'elle *reposait dans son lit*. Et nous ne retrouvons dans les antécédents obstétricaux aucun fait capable de jeter la moindre lumière sur la genèse de l'accident. Peut être y a-t-il lieu d'invoquer ici la *théorie de Doleris et de Dupouis*, car il s'agit de multipares. Il est probable qu'il faut chercher à expliquer ces ruptures en apparence sans cause de la façon suivante : lors d'un accouchement antérieur il a pu se produire une *dissociation des faisceaux musculaires*, ou *des petites déchirures*, ou *des escarres superficielles* amenant la formation de zones de moindre résistance.

Pour Braun, Fernwald, il s'agissait d'un *trouble de l'innervation*. Freund est d'avis que les femmes dotées d'un *utérus infantile* seraient prédisposées à la rupture. Bayer, enfin, incrimine la *qualité des fibres du segment inférieur* (dans le cas seul de rupture près du terme) qui seraient plus courtes dans ces cas et par conséquent prédisposées à se déchirer.

SAENGER (de Leipzig) (Congrès de Soc. allem. de Gyn. tenu à Vienne en 1895) déclarè que « *la rupture spontanée prise dans toute l'acception usuelle du terme, n'a jamais existé et n'existera jamais* ». Pour lui, toute rupture doit trouver son origine soit dans des « *causes prédisposantes acquises* » (telles que cicatrices d'anciennes déchirures, de césariennes, de lésions de l'utérus, lésions du col, tuberculose, morphinomanie, Basedowisme, placenta

prævia), soit dans « *des causes prédisposantes congénitales* » (malformations), soit enfin dans un « *état pathologique des tissus* » (infection septique ante partum, métrite, tuberculose, syphilis, myomes, dégénérescence hyaline ou graisseuse de la musculature).

L'opinion de Saenger est sûrement la bonne. Telle cause qui nous échappe aurait sans doute été découverte après un examen minutieux portant sur la malade elle-même et sur ses antécédents.

Dans l'étude des conditions susceptibles de produire la rupture utérine, nous avons laissé systématiquement de côté les observations se rapportant à des *césariennes antérieures*.

(D'après la définition que nous avons adoptée à la suite de Jolly, nous ne devons pas nous en occuper). Ces cas de rupture après césarienne sont assez fréquents. En ce qui concerne la césarienne classique, on voit quelquefois la rupture se produire pendant une grossesse ultérieure. En 1909, Singer (cité par Brindeau) publiait 27 ruptures sur 474 césariennes anciennes, soit 5,90 p. 100. Plus récemment Mariotton a réuni 4 cas sur 157 césariennes, soit 2,54 p. 100. Les statistiques de Sellheim, Jeannin, Lichtenstein, Olow (in Brindeau), démontrent que la suprasymphysaire ne donne pas naissance à la rupture utérine. Hauch écrit qu'il en est de même pour la vaginale. Disons, enfin, qu'il existe des faits de ruptures récidivantes. Livon en cite 18 sur 31 cas de ruptures anciennes. Il est classique de mentionner le cas de Rose, qui a vu l'accident se produire 4 fois de suite chez la même femme.

VI. — *Les lésions macroscopiques et microscopiques constatées.*

Des solutions de continuité des dimensions les plus variables intéressant toutes les couches de l'utérus dans ses différentes régions, mais presque toujours vers le fond de son corps ; des épanchements sanguins d'intensité très différente dans la cavité abdominale, mêlés quelquefois avec les exsudats ordinaires de la péritonite aiguë, et recouvrant presque toujours le fœtus expulsé de l'utérus ; des altérations de structure de l'organe rupturé malheureusement trop souvent décrites en termes peu explicites, quand elles ne sont pas passées complètement sous silence : voilà, en résumé, les résultats anatomo-pathologiques tirés des autopsies ou des interventions que nous venons de rapporter (1).

Essayons d'entrer plus complètement dans leur analyse et étudions d'une façon générale les lésions que nous pouvons rencontrer sur un utérus rupturé pendant la grossesse.

A. — LÉSIONS MACROSCOPQUES.

Avec les auteurs nous diviserons les ruptures utérines en *ruptures complètes*, c'est-à-dire intéressant toute l'épaisseur de la paroi de l'organe ; en *ruptures incomplètes*, qui n'occupent pas toute l'épaisseur de cette paroi ; en *ruptures compliquées*, qui s'étendent aux organes voisins (vessie, vagin, rectum, etc.).

a) *Ruptures complètes*. — Ce sont celles qui se rencontrent le plus souvent. Dans nos observations, sur les 27 cas où l'on décrit la déchirure, il y a 26 ruptures com-

(1) (V. COUTAGNE, loc. cit.).

plètes contre une seule incomplète (sous-péritonéale, obs. XV). Sauvage, qui a recueilli 167 cas de ruptures de la matrice pendant le travail, arrivé au chiffre de 97 ruptures complètes et 58 ruptures incomplètes. A l'ouverture de l'abdomen, il est fréquent de trouver la paroi infiltrée de sérosité: sitôt le péritoine incisé, il s'écoule en général une grande quantité de sang, le sang est fluide, souvent mélangé de liquide amniotique ou de méconium. On y trouve également des caillots parfois volumineux et coiffant le fond de l'utérus, pouvant adhérer aux parois pelviennes et aux intestins (Brindeau).

Dans nos observations nous avons vu que 18 fois le fœtus était libre dans la cavité abdominale, nageant au milieu des anses intestinales et de l'épanchement sanguin. Trois fois (notre cas et obs. VIII, IX) il était resté dans l'utérus.

Deux fois (obs. X, XXXVI) il en était à demi sorti. Une fois il fut expulsé vivant (obs. V). Une autre fois il fut extrait par les voies naturelles (obs. XVIII).

Quant au placenta il était, soit adhérent au corps utérin, soit passé en entier dans la cavité pelvienne, soit hernié en partie à travers les lèvres de la déchirure.

Quatre fois l'œuf fut expulsé intact hors de l'utérus dans l'abdomen (obs. III, XXIX, XIX, XXX).

Le fœtus enlevé, et le sang évacué; l'examen de l'utérus a montré que la rupture siégeait 20 fois au niveau du fond, 5 fois sur la face antérieure (obs. XII, XV, XIX, XXX, XXXIII), 2 fois sur la face postérieure (obs. XVI et notre cas), 2 fois sur le bord gauche (obs. XXIV, XXV).

Dans les observations de Trask, il est noté que 10 fois la rupture siégeait sur le fond de l'utérus.

La déchirure du fond était en général transversale, celle des faces et des bords longitudinale. Il s'agissait rarement d'une simple perforation, comme dans l'obs. VIII, où il y avait un trou circulaire admettant juste l'index, le plus souvent la déchirure était suffisante pour permettre le passage du fœtus.

Les bords de la plaie étaient irréguliers, sauf dans l'obs. XXVIII, où « ils étaient aussi droits et réguliers que si la division en avait été faite par un instrument tranchant ».

Nos observations sont sobres de détails sur la déchirure du péritoine. Il est probable que le décollement péri-lonéal autour de la plaie avait peu d'étendue, car l'adhérence de la séreuse est très grande au niveau du corps. Dans quelques cas, le péritoine qui recouvrait la fosse iliaque était décollé en partie par des hématomes plus ou moins volumineux. Dans notre fait personnel, le sang s'était épanché sur le péritoine, il infiltrait les ligaments larges et la racine du mésocôlon de l'anse sigmoïde.

Le sang qui s'accumule dans la cavité abdominale provient de la tranche utérine qui saigne, surtout si le placenta est intéressé par la déchirure. Si l'utérine et ses branches sont lésées il peut se produire une hémorragie considérable (Brindeau); dans l'obs. XVIII l'artère utérine « était déchirée et n'avait pourtant pas saigné. »

b) *Ruptures incomplètes.* — « La solution de continuité peut intéresser le muscle seul sans lésions du péritoine, on dit alors qu'il y a *rupture sous-péritonéale*. Dans certains cas rares, c'est la surface interne de l'uté-

rus qui reste intacte, c'est ce que Maygrier a décrit sous le nom de *rupture extra-muqueuse*. » (Brindeau.)

Rupture sous-péritonéale. — Nous en avons un cas dans nos observations (obs. XV). Il s'agit d'une môle hydatiforme qui avait envahi toute la paroi musculaire utérine, au point de n'être recouverte que par le péritoine. La malade mourut alors de péritonite aiguë.

C'est une variété assez fréquente dans les ruptures pendant le travail, puisque Sauvage en signale 58 cas sur 167 déchirures de la matrice. Elle s'explique facilement, car les ruptures du travail siègent principalement sur le segment inférieur et nous avons vu qu'à ce niveau le péritoine se laissait très facilement décoller. Mais il doit en être tout autrement dans les ruptures pendant la grossesse qui, seules, nous intéressent. Comme celles-ci ont leur siège de prédilection au niveau du fond et qu'à cet endroit la séreuse est très adhérente, il se produit des ruptures complètes. Il faut une tumeur comme une môle pour produire cette variété. Elle serait encore possible, à notre avis, dans le cas suivant : Si le muscle utérin a été traumatisé, lors d'une grossesse antérieure, et ses fibres dissociées par une délivrance artificielle ou un curetage, et si à la grossesse suivante le placenta s'insère en cet endroit de moindre résistance, peut-être alors les villosités placentaires pourraient-elles arriver au même résultat destructeur que la môle en s'insinuant entre les fibres.

La rupture extra-muqueuse, au contraire de la précédente, siège non sur le segment inférieur de l'utérus, mais sur son corps. Beaucoup plus rare que les autres variétés dans les ruptures pendant le travail, elle nous

semble pouvoir se produire pendant la grossesse, mais nous n'en avons pas trouvé d'exemple dans la littérature médicale. Il se produirait alors une éraillure de péritoine au niveau des vergetures assez fréquentes sur la face externe des utérus de multipares. Cette éraillure peut rester superficielle et cependant intéresser quelque grosse veine (Brindeau). L'hémorragie ainsi produite serait considérable parfois.

c) *Ruptures compliquées.* — Plusieurs cas sont signalés au cours des ruptures de l'utérus pendant le travail. Le vagin est l'organe le plus souvent lésé. La vessie est plus rarement intéressée, le rectum exceptionnellement. On a même vu les anses intestinales descendre dans le vagin à travers une déchirure de ce conduit. Signalons l'étranglement de l'intestin au niveau de la boutonnière utérine (Brindeau). Nous n'avons retrouvé aucun fait de ce genre dans la littérature en ce qui concerne les ruptures de l'utérus pendant la grossesse.

B. — LÉSIONS MICROSCOPIQUES.

Au cours de la description des lésions microscopiques constatées, nous ferons de fréquents emprunts à la thèse de Sauvage qui contient une excellente étude de la question.

BAYER, à l'aide d'une technique spéciale, a trouvé les fibres musculaires du segment inférieur rompu inférieures comme dimensions à la normale.

BLIND (1) fit les mêmes constatations.

(1) Inaug. Dissert., Strasbourg, 1892.

LEHMAN (1) décrit une *dégénérescence graisseuse* de ces fibres.

KLOB (2) constata, dans plusieurs cas de rupture utérine, une *dégénérescence graisseuse* des fibres musculaires au niveau de la déchirure, surtout marquée dans les couches superficielles du muscle utérin au voisinage du péritoine, comme s'il s'agissait d'une lésion consécutive à une périmétrite.

SIMPSON, BANDE, BRAUN, FEHLING, DAKIN publient des observations où l'examen microscopique révéla une *dégénérescence graisseuse* des fibres musculaires avoisinant la rupture.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur les interprétations à donner à l'existence de cette *dégénérescence graisseuse* de la fibre. Les travaux récents de Bouget et Noël, établissant que « la fibre utérine humaine, au voisinage immédiat du terme, ne présente pas les corps gras qu'elle montrera quelques heures après l'accouchement dès le début de l'involution », semblent bien infirmer la théorie suivante qui compte de nombreux partisans. Ceux-ci admettent « qu'il s'agit du début du processus normal d'involution utérine peut-être prématuré, mais alors même explicable par le surmenage et le traumatisme auxquels la fibre musculaire a été soumise au cours du travail ordinairement long et pénible ». Faut-il voir alors dans cet état de la fibre la cause de la rupture ?

La dégénérescence hyaline de la fibre musculaire,

(1) *Monat. f. Geb.*, 1858.

(2) *Pathol., Anat. d. Weibl. Sexualorgan.*, 1864.

décrite par Benneke, Ries, Velits, Thorn, suscite des discussions analogues au sujet de sa signification.

Dans d'autres cas, la fibre musculaire est saine, et l'on rencontre des *processus d'inflammation interstitielle*. Kiwish, Murphy, les signalent ainsi que Weiz, Löhlein. Freund « a décrit des processus interstitiels surtout marqués dans la partie externe du muscle et dont l'existence est à rattacher à celle d'une périmétrite due à une inflammation chronique des annexes » (Sauvage).

Enfin Dürhssen (1), Davidoff (2), Acconci (3), ont attiré l'attention sur les *lésions du tissu élastique de l'utérus*. Davidoff, grâce à une technique spéciale, a rencontré les lésions suivantes : « On est d'abord frappé par l'abondance extraordinaire des fibres élastiques; l'explication de ce fait surprenant se trouve dans le gonflement et la saillie des fibres élastiques dont les plus fines, presque invisibles sur l'utérus normal, sont devenues très apparentes. Les fibres sont beaucoup plus courtes que normalement et se présentent comme des fragments sans contours nets; la fibre malade forme des angles dont le sommet est épaissi; par places il y a des dilatations variqueuses et fusiformes constituant des sortes de nodosités qui doivent être considérées comme dues à l'éclatement de la fibre. Celle-ci se colore autrement que la fibre normale; certaines parties plus profondément modifiées ne prennent même pas du tout la matière colorante. » (Sauvage.) La modification la plus caractéristique de la

(1) *Arch. f. Gyn.*, 1891.

(2) *Th. Pétersbourg*, 1895.

(3) *Archives de Tocologie*, 1892.

fibre élastique de l'utérus déchiré serait la « présence de pelotes polypiformes faisant saillir en différents points de leur surface ».

Dans la grande majorité des cas de rupture utérine, l'examen microscopique ne révèle aucune altération histologique caractéristique [Cohnheim (1), Hofmeiher (2), Kakuskin (3).] Il ne faudrait pas en conclure que les lésions n'existent pas. Sauvage termine par cette phrase: « Il est possible que les recherches microscopiques récentes sur les processus qui accompagnent l'involution utérine, processus aboutissant à attribuer à l'utérus chez les multipares une structure spéciale se traduisant en clinique par le fait observé depuis longtemps déjà par Pinard, c'est-à-dire par une différence de sensation suivant qu'on palpe l'utérus d'une multipare ou d'une primipare, nous donnent l'explication de la plus grande fréquence des ruptures chez les multipares. »

Conclusions. — Pour la plupart de nos observations, il n'est pas mentionné si l'examen histologique a été fait. Il est négatif dans les observations VIII, XX, XXIV. On a trouvé une dégénérescence hyaline des faisceaux musculaires au voisinage de la rupture (obs. XXII) ; une dégénérescence hyaline et une infiltration fibreuse du tissu musculaire (obs. XXXVII) ; l'examen de la déchirure montre du tissu cicatriciel au milieu duquel on trouve encore quelques fibres musculaires

(1) *Verhandl. d. Gesel. d. Geburtsh.*, Berlin, 1866.

(2) *Centr. f. Gyn.*, 1881.

(3) *J. akush. J. jensk. boliez.*, Pétersbourg, 1890.

nécrosées et des fibres élastiques très peu nombreuses (obs. XXV).

Il n'y avait aucune lésion de la fibre musculaire elle-même dans notre cas personnel; on nota seulement un certain degré d'endométrite décidual au niveau de l'insertion placentaire au voisinage de la rupture.

VII. — *Symptomatologie.*

Il s'agit ordinairement, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, d'une *multipare*. La grossesse évolue normalement, quand tout à coup le drame éclate, sans que rien n'ait pu le faire prévoir. *Subitement*, la malade ressent dans l'abdomen une *douleur violente*, qui lui arrache des cris. Parfois, elle entend un *craquement*, qui peut même être perçu de l'entourage (quelque étonnant que paraisse ce signe, il en existe des observations indéniables) (obs. V). Elle sent que quelque chose se déchire en elle et qu'un *liquide chaud s'épanche dans son ventre*. La *syncope* se produit souvent à ce moment.

Le facies est pâle, le nez pincé, les yeux excavés, le pouls petit et fréquent ou imperceptible, les extrémités froides, le corps couvert de sueurs froides, la respiration dyspnéique. Parfois, la malade s'affaiblit graduellement et la mort paraît imminente. Des vomissements verdâtres peuvent se produire. *Tous ces signes indiquent une hémorragie interne et un shock péritonéal intense.*

L'*abdomen* est volumineux, ballonné. Il peut garder une forme régulière ou, au contraire, prendre la forme bilobée, quand le fœtus est passé dans la cavité abdominale.

De la vulve s'écoule habituellement un sang bléâtre ou noir, sirupeux ou poisseux (Tarnier). Mais *cette hémorragie* est peu abondante.

La *palpation* du ventre est très douloureuse, elle arrache souvent des cris à la malade. Elle montre qu'il existe de la tension. La percussion révèle un météorisme qui peut être considérable. La palpation fournit des renseignements très différents, suivant que le fœtus habite la cavité utérine ou qu'il s'en est échappé pour fuir à l'intérieur du ventre. Dans le premier cas, l'examen montre qu'il y a une tumeur conique présentant tous les caractères de l'utérus gravide ; dans le second cas, on trouve une tumeur lisse, petite, formée de l'utérus vide, et une tumeur beaucoup plus grosse, irrégulière, constituée par le fœtus, dont on sent facilement et très nettement les différentes régions superficielles sous la peau. Quelquefois, quand le fœtus est sorti en partie de l'utérus, on sent une tumeur lisse, qui est l'utérus, contenant la région du corps du fœtus demeurée à son intérieur, et une tumeur irrégulière correspondant à la portion fœtale herniée. Elle est facilement reconnaissable à ses caractères propres.

Tarnier insiste sur l'existence, à la face antérieure de l'utérus, dans la région hypogastrique, d'une tumeur plus ou moins volumineuse, fluctuante ou demi-solide, qui peut crépiter sur le doigt. Cette tumeur est produite par un épanchement sanguin collecté sous le péritoine. D'après Tarnier, cette tumeur suffirait à faire diagnostiquer la rupture de l'utérus. Jolly met en garde contre la confusion possible avec une vessie pleine d'urine, naturellement le cathétérisme supprimera toute hésitation,

Comme la mort du fœtus est habituelle et se produit ordinairement dès la sensation de déchirure éprouvée par la malade, les mouvements actifs ne sont pas perçus et l'auscultation reste négative. Dans quelques faits exceptionnels, les bruits du cœur ont été entendus quand le fœtus était passé tout entier dans la cavité abdominale, mais ils cessent bientôt.

Le toucher donne des renseignements différents, suivant la situation du fœtus. S'il est resté dans l'utérus, on sent la présentation au niveau du détroit supérieur ou même plus ou moins engagée. Si l'utérus est vide, le doigt ne perçoit pas de présentation. Dans les deux cas, il trouvera un col fermé ou perméable au doigt, mais non dilaté, puisque la femme n'est pas en travail. Les renseignements fournis par le toucher seront précieux dans le cas de déchirure du segment inférieur, dont on pourra apprécier tous les caractères.

Il ne faut pas oublier le cathétérisme vésical. Si la sonde ramène une urine sanguinolente ou même du sang pur, se rappeler qu'en dehors des cas de déchirure, la simple contusion peut provoquer l'hématurie. Quand la sonde pénètre à une profondeur inhabituée, il faut conclure à une déchirure de la vessie, que la suppression totale de l'urine confirmera bientôt.

Tels sont les signes des ruptures complètes.

S'il s'agit de *rupture extra-muqueuse*, variété très rare, l'hémorragie interne sera le seul signe. Les autres symptômes de rupture font défaut, puisque la cavité utérine est normale.

Dans la *rupture sous-péritonéale*, les signes sont presque semblables aux précédents, mais moins accentués ce-

pendant. Le fœtus ne pénètre pas dans le péritoine, d'où phénomènes généraux moins marqués ; en outre, l'hémorragie est habituellement moins considérable. Tarnier, Bar, Varnier, etc., ont cependant rapporté des observations où la perte sanguine était très abondante. Au palper, l'utérus conserve sa forme régulière. Le thrombus sous-pubien et l'emphysème sont plus fréquents que dans la rupture complète (Brindeau). Quant au toucher, il permet de sentir les deux bords de la plaie, qui part ordinairement du col pour s'étendre au segment inférieur.

La marche de l'affection est rapide dans la plupart des cas. Généralement, la malade meurt quelques heures après le début de la rupture, si elle n'est pas opérée à temps. La lecture de nos observations est très concluante à ce point de vue. On a cité des cas de guérison spontanée malgré la rétention fœtale — cas extrêmement rares, surtout en ce qui concerne les ruptures complètes — (cas d'Abuladze et de Braun).

VIII. — *Le diagnostic.*

Il semble qu'en présence de symptômes aussi bien définis, le diagnostic de rupture de l'utérus s'impose tout de suite à l'esprit ; bien au contraire, *il n'a presque jamais été fait au cours de la grossesse.*

Dans les cinq premiers mois de la gestation, on pensera presque fatalement à la *rupture d'une grossesse extra-utérine*. La malade se sait enceinte, elle est prise de douleur subite dans l'abdomen en même temps qu'apparaissent des signes d'hémorragie intrapéritonéale. La ressemblance entre les deux cas est bien grande pour ne pas se laisser induire en erreur ; d'ailleurs, la confusion

sera sans grande importance, puisque la laparotomie est indiquée dans l'une ou l'autre alternative.

Parfois, dans les trois ou quatre premiers mois, on a pu penser à une *fausse couche*, mais le toucher, l'état général, l'évolution lèveront vite les doutes.

Dans les quatre derniers mois, il faudra éliminer le *placenta prævia* et le *décollement prématuré du placenta normalement inséré*.

Tels sont les gros diagnostics à faire, nous semble-t-il, sur le terrain obstétrical.

Dans les deux périodes de la grossesse (au-dessus et au-dessous de cinq mois), il faudra éliminer quelques complications extragénitales pouvant donner le change. Ainsi Lewers (obs. cit.) conclut à un *empoisonnement* et l'autopsie démontre qu'il s'agit d'une rupture utérine au quatrième mois, sans cause appréciable. Généralement, dans un cas pareil, les anamnétiques lèvent l'hésitation. D'autres fois, on songera à une *appendicite*, à une *péritonite par perforation*, à l'*occlusion intestinale* (notre cas), à la *torsion* ou à la *rupture d'un kyste de l'ovaire*, à la *rupture d'un vaisseau ou d'un organe de la cavité abdominale*. Mais l'hémorragie caractéristique (peu abondante, sang noir, épais et poisseux) et le toucher doivent attirer l'attention du côté de l'utérus. Malgré ces indices, les cas sont rares où le diagnostic de rupture a été posé pendant la grossesse (obs. XX et XXXIV).

Si, par hasard, la rupture était reconnue, il faudrait essayer de compléter le diagnostic en se demandant quelle est la situation du fœtus. La perception de deux masses abdominales, dont l'une lisse, régulière, et l'autre irrégulière, indiquerait, comme nous l'avons dit plus

haut, que le fœtus s'est échappé en totalité de l'utérus : ce serait le contraire, si l'on ne sentait qu'une tumeur lisse (utérus contenant le fœtus).

Entre ces deux cas se placerait celui où deux tumeurs seraient perçues, signifiant que le fœtus a quitté, en partie seulement, sa loge utérine. Naturellement, cette recherche sera très difficile, si l'abdomen est tendu et douloureux.

L'auscultation pratiquée pendant cet examen aura renseigné sur l'état des bruits du cœur fœtaux et sera un facteur important pour hâter l'intervention dans le cas de survie de l'enfant.

Quant au diagnostic de variété de la rupture, nous ne croyons pas qu'il soit possible d'y arriver au cours d'un examen même très minutieux.

Il est intéressant également de se demander si la rupture utérine *s'est compliquée de déchirure des organes voisins (vessie, vagin, rectum)*. Pour la vessie, nous avons montré plus haut quels renseignements il était possible de tirer du caractère de l'urine, de sa suppression, du cathétérisme. Le toucher décèlera l'état du vagin. Quant à la déchirure du rectum — fait tout à fait rare, par suite de son indépendance relative vis-à-vis de l'utérus — nous ne pensons pas que le diagnostic puisse en être posé.

Conclusions. — Dans nos observations, nous constatons que le diagnostic vrai n'a été fait que deux fois (obs. XX et XXXIV). Les auteurs ont pensé à une fausse couche d'abord, puis à une péritonite suraiguë (obs. XXIX) ; à une hémorragie interne (obs. XXVIII) ; ils ont

hésité entre une rupture utérine et une grossesse extra-utérine rompue (obs. XXIV et XXV), ou entre une péritonite par perforation et un iléus (obs. VIII).

Dans notre cas, après avoir éliminé le placenta prævia et le décollement du placenta normalement inséré, ainsi que la grossesse extra-utérine, le Dr Trillat s'arrête au diagnostic d'occlusion intestinale, de préférence à celui de rupture utérine. Il n'est pas mentionné de diagnostic dans nos autres observations.

IX. — *La conduite tenue.*

Nos observations se composent de 21 cas où les malades n'ont pas été opérées, elles sont toutes mortes ; de 11 cas (obs. V, VII, VIII, XII, XVIII, XIX, XXI, XXII, XXIV, XXV, plus notre observation personnelle), où l'on est intervenu, avec comme résultat 7 guérisons et 3 morts (obs. V, XVIII, XXIV) et un résultat inconnu (obs. XXII). Les cinq cas de môle se sont tous terminés par la mort, mais nous ne savons pas si les malades ont été opérées (obs. XIII, XIV, XV, XVI, XVII). Aucun renseignement au sujet du cas de Fredet (obs. XXIII) sur la conduite tenue et l'évolution.

Les auteurs disent que les 14 malades de Trask n'ont pas été opérées et qu'elles sont mortes.

Ces chiffres sont suffisamment éloquentes ; ils démontrent que *l'abstention équivaut à une sentence de mort, que la laparotomie doit être la règle*, le traitement de choix, tous les auteurs s'accordent sur cette question.

L'intervention doit avoir un double but : d'abord extraire le fœtus, puis traiter la déchirure. Le fœtus ne pourra être extrait de la cavité abdominale que par la

laparotomie. Il serait dangereux de pratiquer la dilatation artificielle du col dans le cas où le fœtus est resté dans l'utérus (ce dernier est fermé, puisque la rupture utérine s'est produite avant tout début de travail), car on ignore la plupart du temps la situation et l'importance des lésions, toute manœuvre (dilatation, version, forceps) ne pouvant que les aggraver. La laparotomie s'impose donc ; elle a surtout le grand avantage de renseigner exactement sur les désordres existant.

D'ailleurs, nous avons montré que le diagnostic n'était pas fait, et l'on se décide à ouvrir l'abdomen, parce qu'on pense à la rupture d'une grossesse tubaire, à une appendicite, à une occlusion intestinale, etc.

Avant l'opération, la malade est réchauffée et remontée par les procédés usuels. L'anesthésie est pratiquée à l'éther et la malade placée dans la position horizontale, afin d'empêcher le sang de refluer vers la partie supérieure de la cavité abdominale. Sitôt le péritoine ouvert, il s'écoule ordinairement une grande quantité de sang et de caillots ; on les évacue. Si le fœtus s'est échappé hors de l'utérus, son extraction se fait avec la plus grande facilité, après section du cordon. S'il est resté dans l'utérus, on est ordinairement forcé d'agrandir la déchirure pour l'extraire.

Voilà la première partie du traitement remplie ; il reste maintenant à nous occuper de la plaie utérine elle-même pour enrayer l'hémorragie d'abord, puis l'infection, toujours possible.

Varnier dit avec justesse : « Lorsqu'une femme, en essayant de reproduire l'espèce, a rompu son utérus, elle est bonne, si elle en réchappe, à mettre en réforme

pour blessures graves contractées dans le service. Ce n'est pas avec des invalides qu'on fait campagne. » Autrement dit, il faut pratiquer l'hystérectomie.

Au Congrès de Nantes (septembre 1901), Varnier rejette le *traitement conservateur*. Outre que la dilacération des tissus rend la restauration difficile, le traitement conservateur expose la femme à une nouvelle rupture lors d'une grossesse ultérieure, car la cicatrice ne saurait avoir la même solidité qu'une cicatrice consécutive à une section nette, comme dans le cas de césarienne conservatrice, par exemple.

Cette *hystérectomie* défendue par Varnier est également préconisée par Hartmann, Brindeau, Forné, Sauvage, Draghiesco et Cristeanu, Amann, Kolomenskin, etc.

Cette intervention a le grand avantage de préserver la malade de l'hémorragie et de l'infection en supprimant leur cause : l'utérus. Malheureusement, et le plus souvent, on opère trop tard des femmes qui n'ont pas une résistance suffisante pour supporter le shock opératoire ; de plus, elle ne peut pas être faite dans tous les milieux (Brindeau). Malgré ces réserves, les statistiques deviennent de plus en plus encourageantes. Forné donne une mortalité de 59 p. 100, Sauvage 55 p. 100, Amann 43 p. 100, Kolomenkin 47 p. 100.

Quel genre d'hystérectomie allons-nous choisir ? Il varie avec les circonstances.

Schickelé (*Gynécologie et Obstétrique*, n° 1, 1920, p. 20) s'exprime ainsi : « L'hystérectomie totale sera l'opération de choix pour toutes les déchirures se trouvant dans les parties basses de l'utérus ne se prêtant pas

à la suture et pour les déchirures combinées du col et du corps. »

De plus, elle a l'avantage de supprimer le col, source d'infection. Ce serait le genre d'hystérectomie qui donnerait les meilleurs résultats. Kolomenkin, qui a recueilli un certain nombre de statistiques récentes, arrive au chiffre de 33 p. 100 de mortalité, ce qui constitue un résultat excellent.

Les déchirures du corps et les cas exigeant une intervention rapide par suite d'une anémie grave seront désignés pour l'*hystérectomie subtotale*, avec suture du moignon et fixation rétro-pariétale du pédicule.

Quant au *Porro*, c'est un procédé facile et rapide, mais cet avantage est compensé par le fait qu'il expose à la suppuration du moignon et qu'il n'est pas toujours facile de constituer un pédicule quand le col est déchiré. Dans tous les cas, on drainera par le vagin.

Naturellement, il faudra traiter les lésions des organes voisins, si elles sont venues compliquer la rupture utérine.

Conclusions. — Dans nos observations, il a été pratiqué sur onze interventions : une hystérectomie vaginale totale, suivie de mort (obs. V) ; quatre hystérectomies abdominales subtotaux avec trois guérisons et une mort (obs. VIII, XXIV, XXV et cas personnel) ; deux hystérectomies abdominales totales (obs. XII, XXI) avec heureux résultat. La malade de l'observation XVIII est morte après laparotomie, suture utérine et tamponnement. Nous n'avons pas de renseignement sur le genre d'hystérectomie pratiqué sur les malades des observations VII

et XIX, qui guérissent. L'évolution n'est pas indiquée au sujet de la malade de l'observation XXII, qui subit une hystérectomie.

Nous concluons donc en répétant que *l'hystérectomie est le traitement de choix de la rupture utérine.*

Le pronostic de l'affection est donc *tout à fait grave* pour la mère : la mort survient par *shock*, *hémorragie* ou *infection*. D'ailleurs, voici les chiffres de Bar, Brindeau, Chambrelent : sur 100 morts, 51 sont le fait de la septicémie, 49 de l'hémorragie.

Le pronostic varie également suivant les conditions anatomiques. Fasbender déclare que 70 p. 100 des femmes atteintes de rupture complète meurent, tandis que la mortalité ne serait que de 50 p. 100 dans la variété sous-péritonéale. L'extra-muqueuse a un meilleur pronostic que la complète.

L'issue du fœtus hors de l'utérus ajoute aussi un élément de gravité. De même faut-il compter avec le siège de la rupture ; celle qui atteint les faces latérales de l'utérus est plus grave que celle qui se produit sur le fond ou la paroi postérieure. Enfin, les ruptures compliquées de rupture d'organes voisins (vessie, vagin, rectum) ou de hernie de l'intestin ont également un pronostic plus sombre que les déchirures de l'utérus seul. En dernier lieu, le traitement influe d'une manière capitale sur le pronostic ; nos observations le démontrent suffisamment.

Le pronostic fœtal est presque toujours fatal. Le fœtus meurt ordinairement au moment où la malade éprouve la douleur abdominale déchirante et perçoit le craquement. La vie du fœtus est encore plus compromise

quand celui-ci s'est échappé dans la cavité abdominale. Pourtant, dans une de nos observations (obs. VIII), l'enfant est né vivant, il a fait une inspiration, puis mourut aussitôt.

Nous concluons en disant que la mort fœtale est la règle.

CONCLUSIONS

I. — Nous avons étudié à propos d'un cas personnel la rupture spontanée de l'utérus pendant la grossesse. Nous avons pensé qu'il fallait éliminer de cette étude les ruptures dues à des traumatismes extérieurs ou consécutives à l'administration intempestive de médicaments et les cas où il y avait antérieurement une cicatrice de césarienne.

II. — Cette complication de la gestation est d'une très grande rareté. Sur 36.000 accouchements observés à la Charité de Lyon, il s'en est produit un cas, que nous rapportons :

Dans la littérature médicale, d'autre part, il n'en est signalé que 51 cas, dont nous n'avons retenu que 37 : nous en avons éliminé 14 (cas de Trask), pour lesquels il nous a été impossible de remonter aux sources.

III. — Cet accident se rencontre le plus souvent chez des femmes âgées d'une trentaine d'années. — pluripares — avec une fréquence presque égale dans les cinq premiers et les quatre derniers mois de la grossesse.

IV. — Les cas de rupture utérine spontanée pendant la grossesse que nous rapportons se sont produits :

1° Alors qu'il existait une malformation de l'utérus (8 cas) ;

2° Alors qu'il existait une altération des parois de l'organe, par suite de tumeurs, d'infection, de rupture antérieure (10 cas) ;

3° Alors que la malade avait été soumise, lors d'une grossesse antérieure, à une délivrance artificielle ou à un curetage (8 cas) ;

4° Alors qu'il était impossible de découvrir la cause de la rupture (12 cas) ; mais nous n'en sommes pas moins d'avis que la rupture spontanée, prise dans toute l'acception usuelle du terme, n'a jamais existé et qu'il faut attribuer son origine soit à des causes prédisposantes congénitales, soit à des causes prédisposantes acquises, soit à un état pathologique des tissus qui nous échappent.

V. — La déchirure est le plus habituellement très large, siégeant au niveau du fond, le fœtus devenu abdominal, le placenta restant ou non dans l'utérus. Dans notre cas personnel, la rupture consistait seulement en une hernie placentaire.

L'examen histologique donne peu de renseignements sur les causes de la déchirure en dehors des cas où il existait une altération préalable des parois utérines (môle, fibrome, etc.).

VI. — La rupture utérine spontanée se produit sans prodromes. Elle s'annonce par une douleur abdominale violente accompagnée quelquefois de sensation de cra-

quement et d'épanchement d'un liquide chaud dans l'abdomen. La syncope est fréquente. On observe des signes d'hémorragie interne et de shock péritonéal. Il s'écoule de la vulve une petite quantité de sang noir et poisseux. L'abdomen est ballonné, régulier ou bilobé. La palpation peut renseigner sur la situation du fœtus par la constatation d'une ou de deux tumeurs, de caractères bien nets, dont l'une est l'utérus, l'autre le fœtus.

Il est de règle de constater la disparition des mouvements actifs et la cessation des bruits du cœur.

Généralement, la malade meurt au bout de quelques heures, si elle n'est pas opérée.

VII. — Le diagnostic de la rupture spontanée n'est pour ainsi dire jamais fait. On pense, soit à la rupture d'une grossesse extra-utérine, soit au placenta prævia ou au décollement du placenta normalement inséré, soit à une complication extra-génitale (empoisonnement, appendicite, péritonite par perforation, occlusion intestinale, etc.).

VIII. — Toutes les malades non opérées sont mortes.

La laparotomie doit être la règle.

L'hystérectomie (opération de Porro, hystérectomie subtotala ou totale, suivant les cas) est le traitement de choix.

Il faut rejeter la suture de la déchirure utérine, qui expose à une rupture itérative.

IX. — Le pronostic de l'affection est tout à fait grave pour la mère. La mort survient par shock, hémorragie,

infection. Il dépend de la variété de la rupture, de la situation du fœtus et, par dessus tout, de la rapidité de l'intervention.

Sur nos 11 cas où l'on est intervenu, il y a eu 7 guérisons, dont notre cas personnel, 3 morts, un résultat inconnu.

Le pronostic fœtal est fatal.

Vu :

Le Président de la Thèse,

FABRE

Vu :

Pour le Doyen :

L'Assesseur,

JEAN LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 3 juin 1920.

Le Recteur :

Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDREWS. — *Proceedings Royal Soc. Med.*, 1913.
- ARMYTAGE (M. Green). — *Journ. of Obst. and Gyn. of the Br. Emp.*, 1913.
- AUDEBERT. — *Soc. d'Obst. et Gyn. de Toulouse*, 1913.
- BAISCH. — *Münch. Med. Woch.*, 1913.
- BANDL. — *Ueber Ruptur der Gebärmutter*, Vienne, 1875.
- BAUDELOQUE. — *L'art des accouchements*, 3^e édit., 1796.
- BAR. — *Leçons de Pathologie obstétricale*, Paris, 1900.
- BAR et BRINDEAU. — *Pratique de l'Art des accouchements*, 1914.
- BAR et SECHYRON. — *Progrès Médical*, 1884.
- BECKER. — *Zeitch. f. Geb. und Gyn.*, 1912.
- BEYER. — *In Presse Médicale*, 1913.
- BLACKER (G.). — *The Lancet*, 1912.
- BLASART. — *Thèse de Paris*, 1899.
- BONNAIRE. — *Arch. de Tocologie*, 1891.
- BOSSI. — *Nouvelles Archives d'Obstétrique*, 1893.
- BOUGET et NOEL. — *Compte rendu de la Soc. de Biol.*, 1920.
- BRAUN (R.). — *Centr. für Gyn.*, 1893.
- BRENNECKE. — *Inaug. Dissert. Halle*, 1875.
- BRINDEAU. — *Arch. mens. d'Obst. et de Gyn.*, 1917.
- BROSSARD. — *Thèse de Paris*, 1890.
- BRUENINGHAUS-BRAOUDÉ (M^{me}). — *Thèse de Paris*, 1908.
- BUDIN. — *Thèse Agrég.*, Paris, 1878.
- BUMM. — *Précis d'Obstétrique*.
- CAZEAUX et TARNIER. — *Traité théorique et pratique de l'Art des Accouchements*, Paris, 1867.
- CHAILLY-HONORÉ. — *Traité pratique de l'Art des Accouchements*, 1842.
- CHARPENTIER. — *Nouveau Dict. de Méd. et de Chir. prat.*, 1885.
- CHIARI. — *Prag. Med. Woch.*, 1889.

- CHOLMOGOROFF. — *Zeit. für Geb. und Gyn.*, 1895.
- CHURCHILL et LEBLOND. — *Traité des Maladies des Femmes*, 3^e édit., 1881.
- COSTA. — *Arte Oslet.*, anno 17, n^o 21.
- COUTAGNE. — *Lyon Médical*, 1882.
- DELAGENIÈRE. — *Chirurgie de l'Utérus*.
- DENEUX. — Thèse de Paris, 1804.
- DEPAUL. — *Leçons de Clinique obstétricale*, Paris, 1876.
- DEREIMERIS. — *L'Expérience*, 1838.
- DICKINSON MORRIS. — *American Text. Book of Obstetrics*.
- DOLÉRIS et BONNUS. — *Bullet. et Mém. de la Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1896.
- DRAGHIESCO et CRISTEANU. — *Annales de Gynécologie*, 1902.
- DUBOIS. — *Dict. de Méd.*, 1846.
- DUHRSEN. — *Vade mecum d'Obst.* Trad. van Aubel.
- DUNCAN. — *Mécanisme de l'Accouchement normal et pathologique*. Trad. Budin, 1876.
- DUPARCQUE. — *Histoire complète des ruptures et des déchirures de l'Utérus*, Paris, 1836.
- DUPOUIS. — Thèse de Paris, 1896.
- FABRE. — *Précis d'Obstétrique*. Article : « Rupture utérine ».
- FAURE. — *Gynécologie*, 1901.
- FEHLING. — *Samml. Klin. Vorträge*, 1892.
- FELSENREICH. — *Arch. für Gyn.*, 1881.
- FLUELER. — Thèse de Bâle, 1916.
- FORNÉ. — Thèse de Paris, 1900.
- FRAIPONT. — *Ann. de Gyn. et Obst.*, 1914.
- FREUND. — *Zeit für Geb. und Gyn.*, 1892.
- FRITSCH. — *Semaine Médicale*, 1895.
- FROMMEL. — *Centr. für Gyn.*, 1880.
- GESSNER. — *Centr. für Gyn.*, 1895.
- GRÆFE. — *Centr. für Gyn.*, 1880.
- GUENIOT. — *Bullet. de l'Acad. de Méd. de Paris*, 1890.
- GUERARD. — *Monat. für Geb. und Gyn.*, 1899.
- GUILLEMEAU. — *De la Grossesse et de l'Accouchement des Femmes*, Paris, 1620.
- HALBAN. — *Centr. für Gyn.*, 1900.
- HALBERTSMA. — *Centr. für Gyn.*, 1881.
- HARRIS. — *Amer. Journ. of Obst.*, 1880.

- HECKER. — *Centr. für Gyn.*, 1881, 1892.
HELLENDALL. — *Arch. f. Gyn.*, Bd LXXV, Hft. 3, p. 686, et *Annales de Gyn.*, 1906.
HOFMEIER. — *Centr. für Gyn.*, 1881.
HORROCKS. — *Transact. of the obst. Soc. of London*, 1889.
HUBERT. — *Accouchements et Déontologie médicale*, Louvain, 1892.
HYPES. — *American Journal of Obstetrics*, 1896.
JACQUEMIER. — *Manuel des Accouchements*, 1846. j
JAÏLLE. — *Thèse de Paris*, 1886.
JOLLY. — *Thèse de Paris*, 1873.
KÄLTEMBACH. — *Arch. für Gyn.*, 1884.
KRAJEWSKI. — *Przegląd chirurgiczny*, 1896, et *Monatschr für Geb. und Gyn.*, 1896.
KRIEGER. — *Berlin. Beitz. z. Geb. und Gyn.*, 1872.
KRIVSKĬ. — *J. akush. i. jensk. boliern.*, St-Pétersbourg, 1901.
KRONER. — *Centr. für Gyn.*, 1884.
KRUKENBERG. — *Arch. für Gyn.*, 1886.
LABUSQUIÈRE. — *Ann. de Gyn.*, 1894.
LACHAPELLE. — *Pratique des Accouchements*, 1825.
LADINSKI. — *Académie de Médecine de New-York*, 1906, et *Presse Médicale*, 1906.
LE FORT. — *Th. d'Agrég.*, Paris, 1860.
LÉOPOLD. — *Arch. für Gyn.*, 1889.
LEVRET. — *L'Art des Accouchements*, 1766.
LEWERS. — *Brit. Med. Journ.*, 1887. *Ann. de Gyn.*, 1887.
LIVON. — *Thèse de Paris*, 1903.
LOMER. — *Centr. für Gyn.*, 1891.
LORD. — *Edinb. Med. Journal*, 1868.
LUSGARTEN. — *Wien. mediz. Presse*, 1876.
MADUROWICZ. — *Wien klinische Wochenschrift*, 1889.
MARI. — *Arch. di Obst. e Ginecol.*, Napoli, 1900.
MAYGRIER. — *Annales de la Soc. Obstétr. de France*, 1892.
MERCIER. — *Thèse de Paris*, 1898.
MERMAN. — *Arch. für Gyn.*, 1891.
MERZ. — *Arch. für Gyn.*, 1894 (*Bibliographie*).
MEYER Léopold (de Copenhague). — *Ann. de Gyn.*, 1915.
MORSBACH. — *Centr. für Gyn.*, 1880.
MULLER. — *Handb. der Geburts.*, 1889.

- MUNDE. — *Centr. für Gyn.*, 1878.
MURAT. — *Diet. des Sciences médicales*, 1820.
NEUGEBAUER. — *Arch. für Gyn.*, 1889.
OLIVIER D'ANGERS. — *Arch. gen. de Méd.*, 1825.
PASCHËN. — *Centr. für Gyn.*, 1891.
PIŠKACEK. — *Samml. Klin. Schriften.*, Vienne, 1889.
PUZOS. — *Traité des Accouchements*, 1759.
RIBEMONT-DESAIGNES. — 6^e édit.
ROSE. — *Chicago Méd. Journ. and Exam.*, 1877.
SAURENHANS. — *Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, 1889.
SAUVAGE. — *Thèse de Paris*, 1902.
SCHÆFFER. — *Dissert.* Munich, et *Frommel's Jahresbericht*, 1889.
SCHICKELE (de Strasbourg). — *Gynécologie et Obstétrique*, 1920, n^o 1.
SCHMAUS. — *Centr. für Gyn.*, 1892.
SCHMIT. — *Monat. für Geb. und Gyn.*, 1900.
SCHMITT. — *Thèse de Nancy*, 1902.
SCHROEDER. — *Lehrb. der Geburts.*, 1874.
SCHULTZ. — *Frommel's Jahresbericht*, 1891.
SÉCHEYRON. — *Ann. de Gyn.*, 1884.
SEITZ. — *Handboock of Obstetrics*, 1904.
SIMON Joseph. — *Th. de Strasbourg*, 1852.
SIMPSON. — *Clin. Obstétr. et Gyn.* Trad. Chantreuil, Paris, 1874.
SIEBER (de Berlin). — *Deutsche med. Woch.*, 1911.
SLAJMER. — *Centr. für Gyn.*, 1895.
SLAWIANSKY. — *Ann. de Gyn.*, 1886.
SPENCER. — *British Med. Journ.*, 1900.
SPIEGELBERG. — *Lehrb. der Geb.*, 1882.
STOLZ. — *Gaz. Méd. de Strasbourg*, 1849.
SWAYNE. — *Transact. of the obst. Soc. of London*, 1886.
TARNIER. — *Ann. de Gyn.*, 1884. De l'asepsie et de l'antisepsie en Obstétrique, Paris 1894.
TARNIER et BUDIN. — *Traité de l'Art des Accouchements*, 1898.
TAURIN. — *Thèse de Paris*, 1853.
TISSIER. — *Bullet. et Mém. de la Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1897.
TRASK. — *Americ. Journ. of Med Sciences*, 1848 et 1856.
TRIAIRE. — *Arch. de Tocologie*, 1880.

- VAN DER POOL. — *Centr. für Gyn.*, 1896.
VARNIER. — Rapport au Congrès de Nantes, sept. 1901.
VILLAR. — *Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, 1895.
VINEBERG. — *Ann. S. obst. N.-Y.*, 1918.
WALDO (Ralph). — *American Journal of Obstetrics*, 1910.
WALLA. — *Centr. für Gyn.*, 1900.
WALLACE. — *Am. Journ. of Obst.*, 1914.
WASTEN. — *Frommel's Jahresbericht*, 1894.
WEISS and SCHUHL. — *Ann. de Gyn.*, 1900.
WILTON. — *Lancet*, 1840.
WINCKEL. — *Handbuch der Geburtshülfe*.

